



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

IV Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

2008 / 2010



Fisioterapia: Influência na Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama

Contributo Para a Qualidade do Serviço em Oncologia

Orientador: Professora Doutora Paula Lobato Faria

Co-orientadores: Professor Doutor Mário Bernardo

Mestre Pedro Aguiar

Discente: Nuno Miguel de Faria Bento Duarte

Lisboa, 2010

Trabalho de Projecto para a obtenção do
Grau de Mestre de Gestão em
Saúde, na Escola Nacional de Saúde
Pública, ao abrigo do Artº 23º do
Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de
Março, publicado no D.R. nº 60,
Série I – A de 2006-03-24.

Fisioterapia: Influência na Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama

Contributo Para a Qualidade do Serviço em Oncologia

O cancro da mama é uma preocupação da saúde pública a nível mundial, pela sua incidência, mortalidade e custos económicos associados. As terapias utilizadas no seu tratamento, embora eficazes, conduzem a alterações de todas as dimensões da Qualidade de Vida (QdV) da mulher com cancro da mama. A garantia de uma qualidade de serviço prestado deve ser uma prioridade das organizações de saúde, sendo a QdV uma medida de resultado. Partindo do pressuposto que em Portugal existe uma diferença potencial na forma como as mulheres com cancro da mama recebem o apoio por parte da fisioterapia, importa saber se a fisioterapia tem ou não influência na QdV da mulher com cancro da mama, o que, no caso de ser afirmativo, poderá constituir uma mais-valia para a qualidade do serviço prestado em oncologia.

O Objectivo deste trabalho é construir um modelo de análise no sentido de responder à questão inicial de investigação: “Será que a fisioterapia contribui para a melhoria da Qualidade de Vida das mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas?”.

Neste sentido o trabalho de projecto dividiu-se por etapas. Inicialmente foi realizado um enquadramento teórico, através de uma revisão de literatura e da realização de entrevistas exploratórias, permitindo desta forma ter um conhecimento actual das temáticas que definem as variáveis e o objecto de estudo. Na etapa seguinte, foi feita uma análise crítica sobre o conhecimento actual do tema em estudo, que permitiu definir as variáveis a estudar, escolher o instrumento de medida a utilizar, ter conhecimento dos procedimentos a seguir. Após a definição do objectivo geral (avaliar se a fisioterapia tem influência na QdV das mulheres submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas) e dos objectivos específicos, iniciou-se o delineamento da metodologia tida como adequada para responder às questões de investigação levantadas (tipo de estudo, as variáveis, a unidade de análise, os métodos e técnicas de recolha de dados, os procedimentos e a metodologia de tratamento de dados). No âmbito do trabalho de projecto está definida a colocação em campo de um caso de estudo efectivo que permita dar um contributo real no delineamento da metodologia. Neste trabalho optou-se pela realização de um estudo piloto, que se enquadra nos procedimentos da metodologia e que teve por objectivo retirar algumas conclusões sobre: a aplicabilidade do instrumento de medida; os tempos definidos para a recolha de dados; as características sociodemográficas e clínicas da amostra; as questões de investigação levantadas. O estudo piloto consistiu num estudo pré-experimental, com uma amostra de 35 indivíduos, submetidos a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas. Foram avaliadas as dimensões do bem-estar físico e

actividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais, sintomas e características sociodemográficas/clínicas, no início do tratamento individual de fisioterapia e no momento de alta. Utilizou-se como instrumento de medida o questionário EORTC QLQ-30 e o seu questionário complementar EORTC QLQ-23. Tendo sido construída uma ficha para recolha de dados sociodemográficos e clínicos. A significância estatística foi aceite para valores de $p < 0,05$. Para comparação entre grupos e evolução dentro de cada grupo aplicou-se o teste t-student e o teste de Mann-Whitney. A análise dos resultados do estudo piloto permitiu verificar que:

- O instrumento de medida proposto (questionário EORTC QLQ30 e BR23) mostrou ser de fácil aplicação, não tendo existido dificuldade por parte das doentes no seu preenchimento. Não houve problemas no cálculo dos scores e na sua interpretação;

- Parte considerável das mulheres com cancro da mama será submetida a protocolos que se poderão prolongar por vários meses após a cirurgia (ex: QT+RT+HT). Esta realidade leva-nos a propor que sejam realizados vários momentos de avaliação, para que possam ser avaliadas as dimensões da QdV ao longo dos diferentes protocolos de tratamentos. Pensamos que o ideal seria a realização de 4 momentos de avaliação (3 a 4 semanas após a cirurgia, 3 meses, 6 meses e 9 meses após cirurgia). Sugerimos também que o estudo proposto seja realizado com uma amostra de maior dimensão;

- O estudo piloto como recorreu a uma metodologia pré-experimental (ausência de grupo de controlo e apenas dois momentos de avaliação), não permite a consistência dos resultados; no entanto os resultados obtidos podem constituir um indicador de que a fisioterapia tem influência nas diferentes dimensões da QdV da mulher com cancro da mama submetida a cirurgia e a outras terapias oncológicas, podendo constituir uma mais-valia para a qualidade do serviço prestado em oncologia.

Os resultados do estudo piloto permitiram redefinir a metodologia tida como adequada para responder à questão de investigação inicial. Apresentamos de seguida a mesma: Estudo quase-experimental, sendo a amostra constituída por dois grupos de 60 mulheres cada, submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas. O grupo experimental será submetido a tratamentos individuais de fisioterapia. Serão avaliadas as dimensões do bem-estar físico e actividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas. A recolha de dados será realizada 3 semanas, 3 meses, 6 meses e 9 meses após a cirurgia. Como instrumento de medida será utilizado o questionário EORTC QLQ-30 e o seu questionário complementar EORTC QLQ-23, serão também recolhidos dados sociodemográficos e clínicos. A significância estatística será aceite para valores de $p < 0,05$. Para comparação entre grupos e evolução dentro de cada grupo serão utilizados testes paramétricos e não paramétricos.

A realização de um estudo que seguisse a metodologia acima referida permitiria uma maior consistência dos resultados, podendo eventualmente existir a confirmação de que a fisioterapia pode ter influência na QdV da mulher submetida a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias

oncológicas. A evidência de que a fisioterapia tem influência na QdV da mulher com cancro da mama, e o facto de a QdV ser um indicador da qualidade do serviço prestado em oncologia, poderão constituir um agente facilitador para a mudança na gestão de recursos humanos em organizações de saúde com a valência de oncologia, levando a uma alteração dos padrões de prática na área da fisioterapia em oncologia em Portugal, que poderá conduzir a uma melhor qualidade de serviço prestado ao doente oncológico.

Palavras-Chave: Cancro da Mama, Qualidade de Vida, Qualidade de Serviço, Fisioterapia.

Physical Therapy: The Influence on Quality of life of Women with Breast Cancer

Contribute to Health Care Quality in Oncology

Breast Cancer is a worldwide public health concern due to the incidence, mortality and economic costs associated. Although effective, therapies used in its treatment lead to changes in all Quality of Life (QoL) dimensions of a woman suffering from Breast Cancer. QoL is an outcome measure, and the insurance of quality of care provided should be a priority to health organizations. Taking into consideration that in Portugal there is a potential difference in the way women with Breast Cancer are provided with physical therapy, it is important to know whether physical therapy does or does not influence the QoL of women with breast cancer. If it does, it will lead to a health care quality improvement to cancer patients.

The goal of the following study is to build an analysis model in order to answer the initial investigation question: “Does Physical Therapy contribute to enhance the Quality of Life of women with breast cancer who underwent surgery and other oncology treatments?”

The project was divided in different stages. Initially, a literature revision was elaborated and exploratory interviews were held, which allowed an actual knowledge of the themes that define the variables and the object of study. The next stage included a critical analysis of the theme, which allowed the definition of variables of study, the choice of instrument of measure and the acquisition of some knowledge on how to proceed. After the definition of the general goal (to evaluate the influence of physical therapy on the QoL of women with breast cancer who underwent surgery and other oncology treatments) and specific goals, the choice of a right methodology took place, in order to answer the investigation questions (type of study, variables, unit analysis, methods and techniques on data collection, procedures and data treatment). In the scope of the project, it is decided to put out on the field an effective case-study which assures a real contribution on the choice of the methodology. In this particular work, there was a pilot study, included in the methodology procedures, with the goal of obtaining conclusions on the applicability of the instrument of measure; the length of time to collect data, the socio-demographic and clinical characteristics of the sample; the investigation questions. The pilot study consisted on a one group pretest-posttest design, with a sample of 35 individuals who underwent surgery and other oncology treatments. Dimensions such as physical well-being and everyday life activities, psychological well-being, social relationships, symptoms and socio-demographical/clinical characteristics were assessed at the beginning of physical therapy individual treatment and at the moment of release. The instrument of measure used was the EORTC QLQ-30

questionnaire and its complementary questionnaire EORTC QLQ-23. A chart was made in order to collect socio-demographic and clinical data. Statistic significance was accepted for values of $p < 0,05$. To compare between groups and to detect the evolution within each group, the t-student test and the Mann-Whitney test were applied. The outcome analysis of the pilot study allowed to verify that:

- The instrument of measure proposed (EORTC QLQ30 and BR23) was easy to apply, and the subjects did not show any difficulty in filling it up. There was also no problem on calculating the scores or interpreting them;
- A considerable part of the women with breast cancer will be submitted to protocols that may occur throughout several months after surgery (e.g., QT+RT+HT). This reality leads us to suggest several moments of assessment of the QoL dimensions in various moments of the different protocol treatments. We consider that the ideal number of evaluations would be 4 (3/4 weeks, 3 months, 6 months and 9 months after surgery). We also suggest the use of a larger sample;
- Since the pilot study resorted to a one group pretest-posttest design (there is an absence of control group and only two moments of assessment), there is no consistency of outcome. However, the results obtained indicate that physical therapy influences the dimensions of QoL on women with breast cancer who underwent surgery and other oncology treatments, which may be an asset to the quality of care provided to cancer patients.

The outcome of the pilot study allowed to redefine the methodology given as adequate to answer the initial investigation question. Our suggestion is as follows: quasi-experimental design, with a sample of 120 subjects (2 groups of 60 women) with breast cancer who underwent surgery and other oncology treatments. The experimental group will be submitted to individual treatments of physical therapy. Dimensions such as physical well-being and everyday life activities, psychological well-being, social relationships and symptoms will be assessed. The collection of data will occur at 3 weeks, 3 months, 6 months and 9 months after surgery. The instrument of measure is the EORTC QLQ-30 questionnaire and its complementary questionnaire EORTC QLQ-23, and social-demographic and clinical information will also be collected. The statistic significance will be accepted for values of $p < 0,05$. Parametric and non-parametric tests will be used to compare between groups and to detect the evolution within each group.

Carrying out a study that followed the methodology discussed above would allow a better consistency of results, possibly enabling the confirmation that physical therapy influences the QoL of women with breast cancer who underwent surgery and other oncology treatments. The evidence that physical therapy influences the QoL of women with breast cancer, and the fact that QoL is an indicator of quality of care provided to cancer patients, may work as a facilitating agent in the change of human resources management in health organizations associated to oncology, which will lead to a change in

oncology physical therapy practice patterns in Portugal, guiding to a health care quality improvement to cancer patients.

Key-Words: Breast Cancer, Quality of Life, Quality of Care, Physical Therapy

Agradecimentos

Em minha opinião os agradecimentos são sempre uma parte delicada de um trabalho, pois corremos sempre o risco de nos esquecermos de alguém inadvertidamente ou passarmos a imagem de termos feito algo meramente protocolar. Faço-o de uma forma sentida.

Agradeço em primeiro lugar, a todas as doentes com cancro da mama que tratei ao longo da minha carreira, tudo aquilo que me transmitiram, todas as dúvidas que me suscitaram e que estiveram sempre na origem dos estudos que desenvolvi.

Agradeço à Sra. Professora Paula Lobato Faria tudo o que me transmitiu ao longo da parte curricular do mestrado (Bioética e Gestão em Saúde, Direito Biomédico, Coaching e Liderança na Gestão em Saúde, Segurança do Doente e Gestão do Risco) e a forma como orientou o trabalho de projecto.

Ao Sr. Professor Mário Bernardo agradeço ter sido sempre uma referência para mim em termos profissionais, demonstrando-me que um professor não deve ser apenas um teórico. Agradeço a disponibilidade demonstrada na orientação do trabalho de investigação.

Ao Sr. Professor Pedro Aguiar agradeço a sua disponibilidade e orientação dada ao longo do trabalho de projecto. Felicito-o pela sua forma de estar.

Às minhas colegas Arciolinda Barros e Mariana Duarte devo-lhes o grande favor de terem recolhido todos os dados para o estudo piloto.

À minha colega Sofia Jordão agradeço a disponibilidade demonstrada ao longo destes dois anos.

Ao meu tio Zé agradeço todo o trabalho que teve na revisão ortográfica deste documento.

Aos meus pais e sogros todo o apoio que de uma forma directa ou indirecta deram ao longo destes dois anos.

Aos meus filhos agradeço a compreensão que tiveram perante a minha ausência.

Por fim agradeço a quem mais foi penalizado ao longo destes dois anos, a minha mulher. Agradeço pelo facto de me ter “empurrado” para este desafio e por nunca me ter deixado desistir, agradeço a sua compreensão perante todo o tempo que lhe roubei (e nós sabemos que para nós o tempo passa mais depressa). Obrigado!

Índice

Índice de Quadros e Figuras	XI
Siglas e Acrónimos.....	XIII
Introdução.....	1
1 Natureza do Trabalho	1
2 Definição do Problema	1
3 Sistematização do Trabalho.....	7
Capítulo I: Enquadramento Conceptual	9
1 Cancro da Mama	9
1.1 Dimensão do Problema	9
1.2 Prevenção	10
1.3 Diagnóstico	10
1.4 Tratamento	11
1.5 Efectividade / Complicações das Terapêuticas Oncológicas no Cancro da Mama	11
2 Qualidade de Vida	12
2.1 Qualidade de Vida do Doente Oncológico.....	14
2.1 Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama	14
3 Medição da Qualidade de Vida	18
3.1 Medição da Qualidade de Vida em Oncologia.....	20
3.2 Medição da Qualidade de Vida no Cancro da Mama.....	22
3.2.1 FACIT / FACT – G	22
3.2.2 EORTC QLQ – 30 Versão 3.1	23
3.2.3 EORTC QLQ – Br 23.....	25
4 Qualidade do Serviço Prestado em Oncologia	25
5 Fisioterapia na Reabilitação da Mulher com Cancro da Mama.....	30
5.1 Fisioterapia na Reabilitação da Mulher com Cancro da Mama: A Realidade Portuguesa	32
6 Dados Anónimos e Investigação em Saúde.....	33
7 Informação Verbal: Entrevistas Exploratórias	35
7.1 Objectivo / Contexto de Aplicação	35
7.2 Síntese de Resultados	35
Capítulo II: Definição da Problemática.....	36
Capítulo III: Objectivos.....	40
1 Objectivo Geral	40

2 Objectivos Específicos	40
Capítulo IV: Metodologia	42
1 Desenho de estudo – Tipo de Estudo	43
2 Variáveis.....	43
3 Unidade de Análise / População.....	44
3.1 Critérios de Inclusão.....	45
3.2 Critérios de Exclusão	45
4 Métodos e Técnicas de Recolha de Dados	45
5 Procedimentos	46
5.1 Procedimentos Formais	46
5.2 Procedimentos de Recolha de Dados	46
5.3 Procedimento Experimental	47
5.4 Procedimento no Grupo de Controlo.....	47
5.5 Quantificação da Melhoria em Função da Fisioterapia.....	47
5.6 Estudo Piloto	48
5.6.1 Tipo de Estudo	49
5.6.2 Variáveis.....	49
5.6.3 Amostra	50
5.6.4 Métodos e Técnicas de Recolha de Dados	50
5.6.5 Procedimentos / Recolha de Dados	51
5.6.6 Tratamento de dados	51
Capítulo V: Apresentação de Resultados do Estudo Piloto	53
Capítulo VI: Discussão dos Resultados do Estudo Piloto	69
Capítulo VII: Conclusão / Resultados Esperados.....	73
Capítulo VIII: Cronograma	76
Capítulo IX: Orçamento	77
Capítulo X: Bibliografia.....	79
Apêndices	85
Apêndice I – Entrevistas Exploratórias	86
Apêndice II – Questionário para Recolha de Dados Sociodemográficos e Clínicos.....	91
Apêndice III - Pedido de Autorização Para a Realização do Estudo no Centro Regional de Coimbra do IPOFG	94
Apêndice IV - Termo Explicativo do Estudo / Termo do Consentimento Informado	96
Anexos.....	100

Anexo I - Questionário EORTC QLQ – 30 e o Seu Questionário Complementar (específico para cancro da mama) EORTC QLQ – 23	101
Anexo II - Autorização Para a Utilização do Questionário (EORTC QLQ – 30 e o seu questionário complementar EORTC QLQ – 23) Concedida pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)	102

Índice de Quadros e Figuras

Quadros

Quadro 1: Cotação do QLQ-C30 versão 3.0 (adaptado Fayers, 2001).....	24
Quadro 2: Cotação do QLQ-BR23 versão 3.0 (adaptado Fayers, 2001).....	25
Quadro 3: Operacionalização Das Variáveis.....	44
Quadro 4: Médias e desvio padrão (DP) dos valores de Qualidade de Vida Global no início da fisioterapia, assim como o valor de significância.....	54
Quadro 5: Médias e desvio padrão (DP) dos valores do Estado de Saúde Global no início da fisioterapia, dos sujeitos sem terapias oncológicas antes da cirurgia e dos sujeitos com terapias oncológicas antes da cirurgia, assim como o valor de significância	55
Quadro 6: Médias e desvio padrão (DP) dos valores da Função Física, no início da fisioterapia, dos sujeitos sem terapias oncológicas antes da cirurgia e dos sujeitos com terapias oncológicas antes da cirurgia, assim como o valor de significância	56
Quadro 7: Médias e desvio padrão (DP) dos valores da Escala Funcional Física, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como médias das diferenças e o valor de significância ...	56
Quadro 8: Médias e desvio padrão (DP) dos valores das Actividades Quotidianas, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como médias das diferenças e o valor de significância ...	57
Quadro 9: - Médias e desvio padrão (DP) dos valores da escala Funcional Emocional, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como médias das diferenças e o valor de significância.	58
Quadro 10: Médias e desvio padrão (DP) dos valores da escala funcional – Imagem Corporal, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como médias das diferenças e o valor de significância	59
Quadro 11: Médias e desvio padrão (DP) dos valores da escala funcional – Social, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como médias das diferenças e o valor de significância ...	59
Quadro 12: Médias e desvio padrão (DP) dos valores do Estado de Saúde Global, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como médias das diferenças e o valor de significância ...	60
Quadro 13: Médias e desvio padrão (DP) dos valores do Estado de Saúde Global, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, para mulheres submetidas a outras terapias oncológicas no decorrer da fisioterapia e para mulheres não submetidas a terapias oncológicas no decorrer da fisioterapia, assim como o valor de significância.....	61
Quadro 14: Médias e desvio padrão (DP) dos valores da escala de sintomas - Dor, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como médias das diferenças e o valor de significância ...	62
Quadro 15: Médias e desvio padrão (DP) dos valores da escala de sintomas – relacionados com o membro superior, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como médias das diferenças e o valor de significância	63

Quadro 16: Médias e desvio padrão (DP) dos valores da escala de sintomas – relacionados com o local da cirurgia, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como médias das diferenças e o valor de significância.....	64
Quadro 17: Médias, diferenças de médias e valor de significância, para os parâmetros em estudo, no 1º e 2º momento de avaliação	66
Quadro 18: Médias e desvio padrão (DP) dos valores de referência da EORTC e dos momentos de avaliação 1 e 2 do estudo piloto, para escalas funcionais e de sintomas do questionário EORTC QLQ – C30 e QLQ – BR23	67
Quadro 19: Valores de referência da EORTC, valores do 2º momento de avaliação e a taxa de variação média	68
Quadro 20: Cronograma do projecto de investigação	76
Quadro 21: Orçamento do projecto de investigação	77

Figuras

Figura 1: Valores da QoL e escalas funcionais para o 1º e 2º momento de avaliação	64
Figura 2: Valores das escalas de sintomas Relacionados com o Membro Superior e com o Local de Cirurgia para o 1º e 2º momento de avaliação.....	65

Siglas e Acrónimos

BRAS – Sintomas Relacionados com o Membro Superior

BRBS – Sintomas Relacionados com o Local da Cirurgia

CC – Cirurgia Conservadora

CNPD - Comissão Nacional de Protecção de Dados

ECOG - Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Scale

EF – Função Emocional

EUA – Estados Unidos da América

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer

FACIT – Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System

FLIC – Functional Living Index Cancer

HQLI – Hospice Quality of Life Index

HT – Hormonoterapia

IOM – Institute of Medicine

IPOFG – Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil

IT - Imunoterapia

MQOL – McGill Quality of Life Questionnaire

MRM – Mastectomia Radical Modificada

PF2 – Função Física

QdV – Qualidade de Vida

QdVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

QoL2 – Estado de Saúde Global

QT – Quimioterapia

RF2 – Função Ocupacional

ROR – Registo Oncológico Regional

RS – Raw Score

RT - Radioterapia

SF – Função Social

UE – União Europeia

Introdução

1. Natureza do Trabalho

Este trabalho (Trabalho de Projecto de Investigação) surge no âmbito do IV Curso de Mestrado de Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Nova de Lisboa, na área de especialização em Gestão de Organizações de Saúde e constitui um complemento à parte curricular do mestrado.

O trabalho de projecto consiste na identificação e caracterização de um problema relevante em Gestão da Saúde, envolvendo uma revisão bibliográfica que permita apresentar o estado da arte nesse domínio, na formulação estruturada de hipóteses sobre o problema e numa proposta de delineamento de um processo de investigação, que deve dar resposta às questões levantadas, envolvendo um caso de estudo efectivo.

2. Definição do Problema

O presente trabalho pretende avaliar se a fisioterapia contribui para a melhoria da qualidade de vida (QdV) da mulher com cancro da mama, constituindo desta forma uma mais-valia para a qualidade do serviço prestado em oncologia.

No decorrer do século passado houve uma alteração no padrão das doenças. Com os avanços científicos as patologias agudas e infecciosas deixaram de constituir o principal problema de saúde, dando lugar às doenças crónicas. O cancro passou a enquadrar-se no grupo das doenças crónicas. Actualmente o cancro é considerado uma condição permanente caracterizada pela incerteza, com efeitos colaterais a longo prazo decorrentes da doença e/ou tratamentos (Pinto et al., 2006; Pimentel, 2006).

O cancro tem assumido, na sociedade actual, uma importância significativa como uma das causas mais comuns de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Constitui a segunda causa de morte nos países industrializados (atrás das doenças cardiovasculares), assistindo-se a nível mundial a um aumento da incidência e mortalidade por cancro. Esta realidade deve-se

a uma mudança do estilo de vida, ao envelhecimento da população / aumento da sobrevivência e a melhores técnicas de diagnóstico / tratamento (Pimentel, 2006).

A **patologia oncológica** é um grave problema de saúde pública, com custos elevados a nível económico e social (Pimentel, 2006). Em Oncologia, os custos têm aumentado mais rapidamente do que em outras áreas da saúde devido a (Earle et al., 2008):

- a) Desenvolvimento de técnicas eficazes, mas mais caras (inovação);
- b) Alterações demográficas como o envelhecimento da população, o que representa mais pessoas em grupos etários de maior risco para a patologia oncológica (o cancro é uma doença intimamente relacionada com o envelhecimento da população);
- c) População mais esclarecida, reivindicando o acesso a novas terapias (empowerment do cidadão).

Pinheiro et al. (2002) referem que Portugal sofreu uma reestruturação política, económica e social notável nos últimos anos, que teve um impacto gradual e decisivo nos estilos e hábitos de vida da população, acarretando mudanças adversas na prevalência de factores de risco que propiciam patologias do foro oncológico, nomeadamente o consumo de álcool e tabaco, a alimentação e a vida sexual, os quais resultaram em aumento na incidência e mortalidade por cancro. Simultaneamente a melhoria das infra-estruturas e dos recursos nos cuidados de saúde poderão ter tido um efeito benéfico na sobrevivência dos doentes oncológicos. O padrão do cancro em Portugal é, em parte, o resultado destas mudanças.

Em Portugal anualmente são diagnosticados entre 40 a 45 mil novos casos de cancro, sendo o cancro da mama o mais frequente. Nos países da União Europeia (EU), o risco de um indivíduo vir a desenvolver um cancro durante a vida é cerca de 50%, e de este ser a causa de morte é de 25% (Pimentel, 2006).

A patologia oncológica e as sequelas dos tratamentos, que podem surgir ou persistir durante anos, conduzem a alterações em todos os domínios da qualidade de vida: estado físico, estado emocional, qualidade das relações sociais (Pinto et al., 2006; Pimentel, 2006).

O **cancro da mama** continua a ser uma grande preocupação da saúde pública a nível mundial. É um dos cancros mais frequentes no sexo feminino, quer a nível europeu, quer da América

do Norte, quer ainda da Nova Zelândia, e apresenta-se como uma das principais causas de morte entre as mulheres com idades compreendidas entre os 35-54 anos (Bruges, 2007).

O cancro da mama é o tumor mais frequente entre as mulheres portuguesas e a primeira causa de morte por neoplasia (Pimentel, 2006). A taxa de mortalidade portuguesa mostra-se superior à da Finlândia, da Grécia, da Espanha e da Suécia (Pinheiro, 2002).

Existem diversas abordagens para o tratamento do cancro da mama; a cirurgia, a quimioterapia (QT), a radioterapia (RT), hormonoterapia (HT) e a imunoterapia (IT) (Ferrandez & Serin, 2006; Bernardo, 2010).

A patologia e as terapias oncológicas (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, imunoterapia) estão associadas à diminuição de algumas dimensões da QdV na mulher com cancro da mama (Ganz et al., 2002; Ferrandez & Serin, 2006; Rebelo et al., 2007; Montazeri, 2008; Bernardo, 2010).

A **QdV global** (QdV não relacionada com a saúde) refere-se a conceitos como riqueza, lazer, autonomia, liberdade, estando relacionada com tudo aquilo que pode proporcionar um quotidiano agradável. Quando falamos de QdV de um doente, reportamo-nos a um conceito ainda mais relativo (Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde), referindo-se ao nível de satisfação em função das suas possibilidades actuais condicionadas pela doença e tratamentos, comparadas com aquelas que o doente pensa serem possíveis ou ideais. As várias definições existentes sobre “**Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**” (QdVRS), incluem conceitos tais como: bem-estar físico e actividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas (Pimentel, 2006).

A **qualidade em saúde** é actualmente um tema bastante debatido, porém tem ainda um longo caminho a percorrer de modo a encontrar soluções, nomeadamente na área específica da Oncologia. De forma a avaliar a qualidade dos serviços prestados em Oncologia, devem ser referidas as três principais dimensões da qualidade preconizadas por Donabedian; estrutura, processos e resultados. Segundo Bailes e McNiff (2008) a QdVRS é uma medida de resultado.

Deve ser uma prioridade o acompanhamento e avaliação da efectividade das terapêuticas utilizadas em oncologia, proporcionando, como resposta a uma maior sobrevida, uma

preocupação permanente com a qualidade dos serviços prestados, a qual se reflectirá na qualidade de vida destes doentes.

A avaliação dos cuidados de saúde não pode restringir-se às variáveis biológicas, pois seria uma avaliação reducionista que não permitiria avaliar na globalidade os ganhos em saúde. Desta forma, a avaliação da qualidade de vida engloba dados objectivos e subjectivos, tendo subjacente a avaliação da eficácia e eficiência dos cuidados de saúde na qualidade de vida percebida pelas próprias pessoas que apresentam a patologia (Pinto et al., 2006).

Existem diversos estudos que comprovam a eficácia da fisioterapia na melhoria das complicações que advêm do cancro da mama e das terapias utilizadas no seu tratamento; no entanto, esses estudos são na maioria estudos quantitativos, não medem realmente o bem-estar do doente, não permitem saber qual a contribuição das técnicas para a melhoria da QdVRS, continuando a existir pouca evidência sobre a eficácia e efectividade da fisioterapia na melhoria da QdV da mulher com cancro da mama.

Actualmente existe um Consenso Europeu (*Consensus*) sobre a intervenção do fisioterapeuta na reabilitação da mulher com cancro da mama, tendo em conta os diferentes problemas inerentes à condição. O *Consensus* obtido através de um painel de peritos a nível europeu, permitiu a elaboração de uma *guideline* que define os processos recomendados na intervenção do fisioterapeuta no pós-cirurgia a cancro da mama: prevenção do linfedema, tratamento do linfedema, intervenção no internamento, tratamento de complicações específicas (Leduc, 2008).

O Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG) de Lisboa participou na elaboração do Consenso Europeu sobre a intervenção na reabilitação da mulher com cancro da mama, colocando em prática os pressupostos dessa linha de orientação desde há alguns anos a esta parte.

Em Portugal, existem poucas unidades hospitalares que proporcionam o apoio precoce da fisioterapia à mulher com cancro da mama, estando longe de uma situação ideal, tendo em conta que mesmo em hospitais que deveriam ser uma referência na reabilitação da mulher com cancro da mama, nomeadamente os Centros Regionais de Coimbra e Porto do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, ainda não existe um apoio contínuo, ao longo das

diferentes fases da doença, por parte da fisioterapia. Podendo-se afirmar, que existe uma diferença potencial na forma como as mulheres portuguesas com cancro da mama são apoiadas pela fisioterapia numa fase pós-cirurgia.

No decorrer de dezanove anos de serviço prestado no IPOFG de Lisboa, o autor do presente trabalho tem constatado (por relatos das doentes e por alguns estudos realizados no Serviço) que o apoio dado pela fisioterapia à mulher com cancro da mama pode ser determinante para o seu bem-estar. Desta forma, e partindo do pressuposto que, actualmente em Portugal, somente um grupo restrito de mulheres com cancro da mama tem o apoio por parte do fisioterapeuta, existe a necessidade (**relevância do estudo**) e o interesse profissional (pessoal) de saber se a fisioterapia contribui para a melhoria da qualidade de vida da mulher com cancro da mama, constituindo desta forma uma mais-valia para a qualidade do serviço prestado em oncologia. Assim, sugere-se como questão de partida para este estudo de investigação:

Será que as técnicas de fisioterapia contribuem para a melhoria da qualidade de vida das mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas?

Foram definidas as seguintes **questões de investigação**:

- 1) Existem diferenças no Estado de Saúde Global entre mulheres submetidas a uma cirurgia radical ou conservadora?
- 2) A aplicação de outras terapias oncológicas (radioterapia/quimioterapia/hormonoterapia) tem influência no Estado de Saúde Global da mulher com cancro da mama?
- 3) As mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas apresentam uma pior função física quando comparadas com mulheres somente submetidas a cirurgia a cancro da mama?
- 4) A fisioterapia permite melhorar a função física na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas?
- 5) A fisioterapia permite melhorar as actividades quotidianas na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas?

- 6) A fisioterapia tem influência no bem-estar psicológico da mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas?
- 7) A fisioterapia ajuda a mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas a voltar ao seu estado social prévio?
- 8) A fisioterapia ajuda a mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas a aceitar o seu novo esquema corporal?
- 9) A fisioterapia permite melhorar o Estado de Saúde Global da mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas?
- 10) Os resultados obtidos pela fisioterapia, ao nível do Estado de Saúde Global da mulher submetida a cirurgia por cancro da mama, dependem do tipo de terapias oncológicas a que a doente é submetida no decorrer dos tratamentos de fisioterapia?
- 11) A fisioterapia tem influência na redução da dor na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas?
- 12) A fisioterapia melhora os sintomas relacionados com o membro superior (dificuldade em mobilizar, edema e dor) na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas?
- 13) A fisioterapia tem influência na melhoria dos sintomas relacionados com a zona da cirurgia a cancro da mama (dores no local, edema, sensibilidade, alterações cutâneas)?

O presente estudo tem como **objectivo** avaliar se a fisioterapia contribui para a melhoria da Qualidade de Vida das mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas.

Na prática, este estudo pode vir a ser um contributo para a gestão de organizações de saúde com a valência de oncologia, pois, caso se confirme que a fisioterapia tem influência na QdV da mulher com cancro da mama (a QdV é um indicador da qualidade do serviço prestado em oncologia), estas unidades devem passar a contar com fisioterapeutas nos seus quadros de pessoal, podendo desta forma melhorar a qualidade do serviço prestado ao doente oncológico (**Significância do estudo**).

3. Sistematização do Trabalho

Este documento encontra-se estruturado por Capítulos, sendo apresentado de seguida a ordem e as temáticas dos mesmos:

a) Capítulo I – Enquadramento conceptual

Neste capítulo será realizado um enquadramento teórico, através de uma revisão de literatura que permita fazer o estado da arte e da realização de entrevistas exploratórias, permitindo desta forma ter um conhecimento actual das temáticas que definem as variáveis e o objecto de estudo;

b) Capítulo II – Definição da Problemática

A definição da problemática em relação à pergunta de partida implica que seja realizada uma análise crítica da revisão de literatura e exploração de outras fontes de informação, de forma a realçar a relação existente entre o problema em estudo e os resultados de investigações anteriores, permitindo a apresentação de hipóteses de investigação alternativas;

c) Capítulo III – Objectivos

Tendo como linha orientadora a questão de partida (Será que as técnicas de fisioterapia conseguem contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas?), foram delineados os objetivos geral e específicos;

d) Capítulo IV – Metodologia

Neste capítulo, dedicado às questões metodológicas serão apresentados os métodos considerados adequados para responder às questões de investigação, delineando-se o tipo de estudo, as variáveis, a unidade de análise, os métodos e técnicas de recolha de dados, os procedimentos e a metodologia de tratamento de dados.

No âmbito do trabalho de projecto está definida a colocação em campo de um caso de estudo efectivo. Neste trabalho optou-se pela realização de um estudo piloto que teve por objectivo retirar algumas conclusões sobre: a aplicabilidade do instrumento de medida; os tempos

definidos para a recolha de dados; as características sociodemográficas e clínicas da amostra (grupo experimental) com o intuito de tornar viável o emparelhamento do grupo de controlo; as questões de investigação levantadas;

e) Capítulo V / VI – Apresentação e Discussão dos Resultados do Estudo Piloto

Nestes capítulos serão apresentados os resultados do estudo piloto e os valores de referência da European Organization for Research and Treatment of Cancer (Scoot et al, 2007) para o cancro da mama. Sendo feita uma comparação entre os valores obtidos no estudo piloto e os de referência da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), assim como com o de estudos anteriores;

f) Capítulo VII – Conclusão / Resultados Esperados

Será apresentada uma retrospectiva dos procedimentos seguidos ao longo do projecto de investigação, sendo realizada uma apreciação das consequências práticas que se podem deduzir do estudo proposto;

g) Capítulo VIII – Cronograma do Projecto de Investigação

Neste capítulo é apresentado um cronograma de actividades para a implementação do projecto de investigação proposto;

h) Capítulo IX – Orçamento do Projecto de Investigação

O orçamento do projecto de investigação faz referência às despesas por rubricas e às fontes de financiamento;

i) Capítulo X – Referências Bibliográficas

Serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas.

Capítulo I: Enquadramento Conceptual

Nota Preliminar:

Neste capítulo optou-se por realizar uma revisão de literatura que permita ter um conhecimento actual das temáticas que definem as variáveis e o objecto de estudo. Os temas abordados são: Cancro da mama, Qualidade de Vida, QdV do doente oncológico, QdV da mulher com cancro da mama, medição da QdV, medição da QdV em oncologia, medição da QdV no cancro da mama, qualidade do serviço prestado em oncologia, fisioterapia na reabilitação da mulher com cancro da mama, dados anónimos e investigação em saúde.

Foram também realizadas entrevistas exploratórias (informação verbal) com o objectivo de ter conhecimento de como as doentes com cancro da mama percebem o efeito da fisioterapia na sua QdV (Apêndice I).

1. Cancro da Mama

1.1 Dimensão do Problema

O cancro da mama é a doença oncológica mais frequente na mulher em todo o mundo industrializado. Em Portugal, e na mulher, é a doença oncológica com maior incidência, prevalência e mortalidade. A doença atinge ambos os sexos embora a proporção seja de 100 casos nas mulheres para 1 caso nos homens. Com cerca de 4.500 novos casos em cada ano resulta que, em cada dia, surgem 12 a 13 novas mulheres com a doença. Da mesma forma, com um número de óbitos anual à volta de 1.500, também morrem em cada dia, por esta doença, 3 ou 4 mulheres (Bernardo, 2010).

A esta impressionante dimensão quantitativa da doença junta-se-lhe um enorme impacto emocional em toda a população. Não é um grande exagero afirmar-se que as mulheres, em face do cancro da mama, se dividem em dois grandes grupos: as cancerosas e as cancerofóbicas (Bernardo, 2010).

1.2 Prevenção

As causas do cancro da mama não são bem conhecidas. Há, no entanto, alguns antecedentes, também chamados **factores de risco**, que, embora não surjam em mais de 20 a 25 % dos casos, são classicamente apontados como co-responsáveis pela génese da doença: menarca precoce e menopausa tardia, nuliparidade, primeira gravidez de termo após os 35 anos, antecedentes pessoais ou familiares de cancro da mama, ambiente hormonal (Ferrandez & Serin, 2006; Burstein et al., 2008; Bernardo, 2010).

Facilmente se entende como resulta praticamente impossível actuar na área da **prevenção primária** da doença, ou seja, na adopção de medidas comportamentais ou ambientais que proporcionem uma verdadeira profilaxia da afecção.

Segundo Bernardo (2010) a grande oportunidade de prevenção assenta na chamada **prevenção secundária**, ou seja, no **rastreio comunitário** da doença. Este rastreio consiste na realização de exames mamográficos, de 2 em 2 anos, a mulheres assintomáticas e com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos. Em Portugal existem 6 programas de rastreio (Núcleos Regionais do Norte, do Centro e do Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro, Associação Oncológica do Algarve e ainda nas Secretarias Regionais de Saúde das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores).

1.3 Diagnóstico

O diagnóstico do cancro da mama baseia-se em dados da clínica, da imagiologia e da morfologia (Ferrandez & Serin, 2006; Burstein et al., 2008; Bernardo, 2010).

Embora a doença seja diagnosticada, cada vez mais frequentemente, em estadios mais precoces e com tumores de menores dimensões, na chamada fase infra-clínica, ela é susceptível de se manifestar com **sintomas e sinais** bem característicos: nódulo, alterações da pele e do mamilo, corrimento mamilar, principalmente com sangue, gânglios axilares aumentados e fixados entre si (Bernardo, 2010).

A **imagiologia mamária** (mamografia, ecografia, ressonância magnética, galactografia) teve notáveis avanços tecnológicos e permite chegar ao diagnóstico da doença com grande sensibilidade e especificidade, principalmente quando, através da chamada radiologia de

intervenção, possibilita a colheita de fragmentos do tumor (a microbiópsia) seja com a ajuda da ecografia ou da estereotaxia (Ferrandez & Serin, 2006; Burstein et al., 2008; Bernardo, 2010).

A **morfologia** (desde a cada vez menos utilizada citologia aspirativa até à microbiópsia) permite chegar ao **diagnóstico**, aos **factores de prognóstico** e ainda aos chamados **factores de previsibilidade da resposta à terapêutica**. Estes dois últimos orientam para a indicação de tratamentos adjuvantes (os que se realizam após o tratamento cirúrgico com a finalidade de eliminar as recorrências da doença depois do tratamento inicial) (Ferrandez & Serin, 2006; Burstein et al., 2008; Bernardo, 2010).

Depois de se diagnosticar a doença, e antes de se formular a proposta terapêutica, ainda se realizam exames de **estadiamento** para se avaliar da existência de metástases à distância.

1.4 Tratamento

Desde a antiguidade até ao fim do século XIX o tratamento da doença consistia, basicamente, na cauterização do tumor. Com Halstead, em 1894 (mastectomia radical), e Beatson, em 1896 (castração cirúrgica), iniciou-se a era moderna do tratamento do cancro da mama. Actualmente, temos à disposição a cirurgia (cirurgia radical e conservadora, cirurgia do gânglio sentinela, cirurgia onco-estética), a radioterapia (telegamaterapia, braquiterapia externa e intra-operatória), a hormonoterapia (cirúrgica, radiógena e, principalmente, farmacológica), a quimioterapia (neo-adjuvante, adjuvante e sistémica) e a imunoterapia. Todos eles são métodos em grande e permanente evolução e que, quando decididos em consultas de grupo (multidisciplinares), podem ser usados de forma simultânea ou sequencial. (Bernardo, 2010).

1.5 Efectividade / Complicações das Terapêuticas Oncológicas no Cancro da Mama

A partir da 2ª guerra mundial, e tanto na Europa como nos Estados Unidos, assistiu-se a um aumento progressivo dos valores da incidência e da mortalidade devidos ao cancro da mama. Com início na última década do século XX, e embora os valores da incidência se tenham mantido altos, começou a verificar-se uma baixa nos valores da mortalidade. Este é um dado de importância transcendente e todas as análises realizadas e publicadas apontam o êxito à

combinação de um diagnóstico cada vez mais precoce e à existência de melhores métodos terapêuticos (Bernardo, 2010).

As terapias oncológicas utilizadas no tratamento do cancro de mama, poderão originar algumas complicações com repercussão a nível físico, emocional e social. As mais frequentes são (Ferrandez & Serin, 2006; Vargo et al., 2008): diminuição de amplitudes articulares, diminuição da força muscular, alterações cutâneas, queda do cabelo, alterações da sensibilidade, alterações posturais, aumento da probabilidade de desenvolvimento de linfedema, dor, fadiga.

2. Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde define Qualidade de Vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores no qual se insere de acordo com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Ferreira et al., 2008).

De acordo com Epstein et al. (2001) o termo “Qualidade de Vida” (QdV) é um estado de bem-estar em que cada indivíduo está capacitado para realizar as actividades da vida diária, respeitantes ao seu bem-estar físico, psicológico, social, com vista à sua satisfação pessoal, com função e/ou controlo da doença e/ou com a resolução dos sintomas.

Na pirâmide de Maslow (pirâmide das necessidades), na sua base encontram-se as necessidades orgânicas primárias, seguidas pela segurança da existência, depois os contactos e por fim a necessidade de estima (reconhecimento da competência e o prestígio). No vértice da pirâmide encontra-se a auto-realização. Para se ter uma existência harmoniosa com uma boa qualidade de vida é necessário que haja um equilíbrio entre as quatro necessidades fundamentais: físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Chantal, 2001).

A QdV acompanha o bem-estar físico, social, psicológico e espiritual. O bem-estar físico é determinado pela actividade funcional, força ou cansaço, sono e descanso, dor e outros sintomas. O bem-estar social é determinado pelos papéis e relações, aspecto e intimidade, aparência, tempo livre, isolamento, trabalho e situação económica e também “distress” familiar. O bem-estar psicológico relaciona-se com o controlo, ansiedade e medo, depressão,

conhecimento da doença e tratamento. O bem-estar espiritual acompanha o significado da doença, esperança, transcendência, incerteza, religiosidade e força interior (Mcraay, 2000).

A percepção que um indivíduo tem sobre o seu lugar na vida, dependente da sua cultura e valores define a Qualidade de Vida individual (Silveira et al., 2009).

Existem dois grandes tipos de Qualidade de Vida que se complementam; a Qualidade de Vida não relacionada com a saúde (QdV) e a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (QdVRS). O conceito de QdV não relacionado com a saúde inclui quatro domínios: pessoal – interno (valores e crenças, desejos e objectivos), pessoal – social (estrutura da família, situação financeira...), meio envolvente – externo (clima, ar), externo social (instituições culturais, escolas...). A QdVRS é uma parte da QdV geral do indivíduo, abrangendo os sintomas produzidos pela doença ou tratamento, a funcionalidade física, os aspectos psicológicos, sociais, familiares, laborais e económicos (Pimentel, 2006).

A QdV global (QdV não relacionada com a saúde) refere-se a conceitos como riqueza, lazer, autonomia, liberdade, estando relacionada com tudo aquilo que pode proporcionar um quotidiano agradável. Quando falamos de QdV de um doente, estamos a falar de um conceito ainda mais relativo (Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde), referindo-se ao nível de satisfação em função das suas possibilidades actuais condicionadas pela doença e tratamentos, comparadas com aquelas que o doente pensa serem possíveis ou ideais. A QdVRS é um conceito multidimensional, subjectivo e individual. (Pimentel, 2006).

Segundo Ribeiro (1997, citado por Pinto et al., 2006), a qualidade de vida em ambiente de doença é normalmente denominada “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (qualidade de vida que está dependente da doença que a pessoa tem). As várias definições existentes sobre “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (QdVRS) incluem conceitos tais como: bem-estar físico e actividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas (Pimentel, 2006). A emergência desta terminologia nos contextos da saúde é importante por razões humanitárias, mas também por uma questão da avaliação da eficácia dos serviços de saúde (Pinto et al., 2006).

2.1 Qualidade de Vida do Doente Oncológico

A doença oncológica é um grave problema de saúde pública, com custos elevados, não só a nível económico mas também social. A nível individual não existe nenhuma dimensão da vivência que não seja afectada. (Pimentel, 2006).

A doença oncológica (pelos seus níveis de mortalidade, pela incerteza do diagnóstico, prognóstico) e as terapias actualmente utilizadas no seu tratamento apresentam uma grande margem de êxito, dependendo da patologia e do seu estadio, mas inevitavelmente têm um impacto enorme sobre o doente e família, levando inevitavelmente ao sofrimento físico, psicológico, social, afectando a qualidade de vida do indivíduo (Figueiredo et al., 2006).

A qualidade de vida na área da oncologia tem sido definida como a percepção individual de bem-estar, compreendendo uma perspectiva multidimensional que geralmente engloba a dimensão física, psicológica, social e espiritual (Ferrel & Dow, 1997, citados por Pinto et al., 2006).

Segundo Pinto et al. (2006) podemos falar em dois modelos de avaliação da qualidade de vida em sobreviventes de cancro: o de Ferrel et al. (1995) e o de Wyatt et al. (1996). No modelo de Ferrel a qualidade de vida inclui o domínio psicológico, espiritual, social e físico, dando importância quer a aspectos negativos quer positivos em todos os domínios. No modelo de Wyatt a qualidade de vida dos doentes oncológicos é definida como uma interacção multidimensional dos domínios da vida, dando ênfase ao apoio social, aos problemas espirituais /filosóficos, minimizando as consequências físicas do cancro.

2.2 Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama

O cancro da mama representa uma das maiores causas de morte na mulher e acarreta consigo vários problemas que afectam a qualidade de vida da mulher (Ribeiro, 2003).

Segundo Barranger et al. (2005) a cirurgia a cancro da mama pode resultar na morbilidade do membro superior, traduzida pela dor, fraqueza, formigueiro, linfedema, limitações das amplitudes articulares, que podem interferir na qualidade de vida.

Num estudo realizado por Hack et al. (1999), 73% das mulheres submetidas a cirurgia com esvaziamento ganglionar axilar (n=222) apresentaram uma mobilidade do ombro reduzida, aperto, edema, dor, formigueiro no membro superior e limitações na vida diária. Estas queixas reduzem em geral após 3 meses, contudo podem tornar-se crónicas, tendo um impacto negativo sobre a QdV.

Um estudo sobre a função do membro superior após o esvaziamento ganglionar axilar (n = 76) em mulheres com cancro da mama, demonstrou que 3 meses após a cirurgia, um número significativo de doentes (27%) continua a ter limitação do membro superior (Gosselink et al., 2003).

Segundo Beurskens et al. (2007) existe uma alta prevalência de complicações músculo-esqueléticas nas mulheres com cancro de mama.

Warmuth et al. (1998) realizaram um estudo com o objectivo de avaliar a prevalência de sintomas e complicações decorrentes da cirurgia a mulheres a cancro da mama, sem recidivas há mais de 2 ou 5 anos pós-cirurgia (n= 330). O formigueiro do membro superior era referido por 35% das doentes, a dor por 30%, o edema em 15%, a limitação funcional do membro por 8% e também 8% referiram episódios de infecção subcutânea. As doentes mais novas referiam mais dor e formigueiro no membro. Existindo uma associação positiva entre a presença de edema e a idade jovem das doentes, por um lado, e Índice de Massa Corporal alto, por outro.

Lee et al. (2007) após uma revisão sistemática (32 estudos relevantes), com o objectivo de identificar a prevalência e severidade de complicações no membro superior pós-cirurgia e radioterapia em doentes com cancro da mama, concluíram que: A diminuição da função do membro superior é referida entre 1% e 67%; O linfedema é referido entre 9 e 68%; A dor no membro superior é referida entre 9 e 68%; A fraqueza do membro superior é referida entre 9 e 28%; Os doentes submetidos a radioterapia apresentam maior incidência de linfedema e restrição da mobilidade quando comparados com doentes apenas submetidos a cirurgia.

Num estudo realizado por Inger et al. (2008) com o objectivo de comparar a prevalência de complicações tardias no membro superior de doentes com cancro da mama (estadio II) submetidas a Mastectomia Radical Modificada (MRM) e Cirurgia Conservadora (CC),

seguidas por radioterapia com ou sem quimioterapia e hormonoterapia (n=263: MRM n=186; C.C n=77), avaliadas 47 meses pós-cirurgia, concluiu-se que a persistência de complicações no membro superior (edema, mobilidade, dor) são mais frequentes nas mulheres submetidas a MRM quando comparadas com mulheres submetidas a CC.

As mulheres submetidas a esvaziamento ganglionar axilar por cirurgia a cancro da mama e que apresentam diferenças de perímetros entre membros, superiores a 2 cm e com limitação da amplitude de abdução de 20° ou mais, têm uma forte possibilidade de apresentar limitações físicas acentuadas, limitações nas actividades da vida diária e problemas psicossociais (dor, perda de força, diminuição da harmonia de movimento, perturbações do sono). Os problemas físicos resultantes do esvaziamento ganglionar demonstraram ter um impacto negativo no bem-estar psíquico e social da mulher com cancro da mama (Voogd et al., 2003).

A cirurgia a cancro da mama provoca uma diminuição da imagem corporal, alterações psicológicas e da função sexual (Montazeri, 2008).

A cirurgia constitui um traumatismo pois a mutilação que acarreta, provoca perda de identidade corporal e, conseqüentemente, alterações da identidade. A ausência da mama (em caso de mastectomia) corresponde a uma ferida social e pode gerar angústia e apreensão nas relações com o cônjuge, os filhos e colegas de trabalho (Bruges, 2007).

Cerca de ¼ destas mulheres sofrerão de ansiedade e de depressão ou de ambas e um terço terá problemas de ordem sexual (Maguire, 1978; Morris, 1977, citados por Bruges, 2007).

O uso de terapias adjuvantes (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia) está associado à diminuição de algumas dimensões da QdV na mulher com cancro da mama. As mulheres mais velhas têm um impacto menor na sua QdV comparando com as mulheres mais novas (Ganz et al., 2002; Rebelo et al., 2007; Montazeri, 2008).

Os doentes que são submetidos a radioterapia após esvaziamento axilar têm um risco acrescido do desenvolvimento de linfedema e diminuição da função do ombro (Voogd et al., 2003). A radioterapia está associada com a frequência de aparecimento de infecções subcutâneas / inflamação no membro ou mama afectada (Warmuth et al., 1998).

Num estudo (n = 817) realizado por Ganz et al. (2002), com o objectivo de avaliar a Qualidade de Vida (instrumento / SF-36) a longo prazo, na mulher com cancro da mama (livre de doença pelo menos 5 anos após o diagnóstico), constataram que: o bem-estar físico e emocional era bom; as alterações na QdV eram compatíveis com a alteração da idade; a actividade social era boa; a actividade sexual diminuiu desde o diagnóstico; as mulheres que receberam terapias adjuvantes sistémicas (QT e HT) têm uma pior QdV global (função física, desempenho, imagem corporal, função social, saúde geral); a QT prediz uma pior QdV e desconforto nas relações sexuais; as mulheres mais velhas (mais de 60 anos) têm um menor impacto na sua QdV quando comparadas com as mais novas; todas tiveram um impacto negativo na sua vida sexual; as mulheres mais novas tiveram um impacto negativo na sua vida laboral; todas tiveram um impacto positivo na sua dieta alimentar, exercício e religião.

Segundo Warmuth et al. (1998) existe uma associação positiva entre o tamoxifen (hormonoterapia) e a limitação das amplitudes do membro superior em mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama.

Diversos estudos randomizados permitem afirmar que o tamoxifen pode dar origem a alguns efeitos secundários como afrontamentos e corrimento vaginal, no entanto não parece existir um impacto significativo na QdV da mulher (Ganz, 2001).

Um estudo (n= 136) realizado por Boehm et al. (2009) demonstrou que os doentes tratados com tamoxifen têm um impacto negativo a nível físico, emocional e na sua função social.

As pessoas mais novas (submetidas a cirurgia a cancro da mama) evidenciam um sentimento de maior perda (repercussões na auto-imagem e maior sentido de vulnerabilidade), todavia este grupo de doentes refere consequências positivas, tal como viver a vida mais intensamente, atribuindo-lhe maior gratificação (Cimprich et al., 2002, citado por Pinto et al., 2006).

Segundo Lee et al. (2008) as doentes que tenham sido submetidas apenas a cirurgia a cancro da mama e a radioterapia, ao longo dos anos terão tendência para minimizar as avaliações negativas acerca da sua condição, tendo por vezes um grande optimismo acerca da sua vida, comparando com a população geral, levando a que tenham uma boa qualidade de vida.

3. Medição da Qualidade de Vida

Segundo a Sociedade Americana de Oncologia (Pimentel, 2006) a avaliação dos resultados na terapêutica oncológica deve centrar-se em duas vertentes: a doença (resposta parcial ou completa, duração da resposta, tempo para a progressão) e o doente (sobrevivência e QdV).

Uma das razões mais consensuais para se avaliar a QdVRS é a pressão que existe para avaliar a eficácia do trabalho dos técnicos de saúde, ou os resultados das intervenções. A avaliação da QdV é uma forma de podermos conhecer a percepção do doente sobre o impacto que lhe causaram o diagnóstico e a terapêutica, tendo por objectivo melhorar a prestação de cuidados de saúde (Pimentel, 2006).

Segundo Higgison (citado por Ferreira et al., 2008), as medidas de qualidade de vida têm vários tipos de utilização na prática clínica: a identificação e a priorização de problemas, a capacitação para uma melhor comunicação com o doente, o rastreio de eventuais problemas não visíveis, a possibilidade de partilha da tomada de decisão e a monitorização das alterações de saúde ou das respostas a tratamentos.

A medição da QdV é um processo complexo pelo facto de não existir uma definição consensual sobre o que ela realmente significa. Actualmente, Qualidade de Vida é um tema de pesquisa imprescindível na área da saúde, tendo em conta que os seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar o custo/benefício do cuidado prestado (Dantas et al., 2003).

Os instrumentos mais utilizados na avaliação da QdV são as entrevistas (fornecem muita informação, mas são difíceis de generalizar), os diários (importantes na avaliação dos sinais e sintomas, apresentando problemas de adesão e avaliação) e os auto-questionários. Os questionários são actualmente o instrumento (genérico ou específico) mais útil na medição da QdVRS, sendo um método prático e com facilidade de ser reproduzido (Pimentel, 2006).

Os instrumentos genéricos são delineados de forma a serem utilizados em populações saudáveis e populações doentes (em diferentes patologias), não permitindo a avaliação de parâmetros de uma patologia específica ou com o objectivo de avaliar parâmetros relacionados com os tratamentos médicos. Não são específicos nem para a idade nem para a doença, baseando-se em variáveis básicas do ser humano, tais como o bem-estar emocional e

funcionalidade. Permitem comparar grupos de doentes com diferentes patologias. Não permitem: comparar populações com patologias homogéneas, comparar sintomas específicos da doença e efeitos secundários ao tratamento, não sendo suficientemente sensíveis para avaliar a QdVRS e as suas diferentes dimensões. Estes instrumentos medem essencialmente o estado geral de saúde (Pimentel, 2006).

Os instrumentos de avaliação específicos avaliam indivíduos com características idênticas, ou seja, com a mesma patologia. Permitem avaliar uma doença em particular, as mudanças relacionadas com a terapêutica e as variações do estado clínico ao longo do tempo. Não permitem realizar comparações entre patologias heterogéneas (Pimentel, 2006).

Para que a avaliação da QdVRS seja útil na prática clínica é necessário que esta seja quantificada (atribuir um número) de forma a que seja possível realizar 2 avaliações em tempos diferentes (sentido da evolução). Para que seja possível atribuir um significado à variação entre avaliações, surgiu na literatura a expressão “diferença mínima com significado clínico”, que define a medida mais pequena numa escala de QdVRS, que possa reflectir uma melhoria sentida pelo doente (Pimentel, 2006). Segundo o conceito de “Diferença Mínima Clinicamente Relevante” (Osoba et al., 1998, citado por Fayers et al., 2001), as alterações nos scores das escalas funcionais e de sintomas:

- De 5 a 10 pontos referem melhoria ou agravamento ligeiro a nível clínico;
- De 10 a 20 pontos referem melhoria ou agravamento moderado a nível clínico;
- Com alterações em mais de 20 pontos referem melhoria ou agravamento significativo a nível clínico.

Segundo Sneew e Pierre (1998, citados por Pimentel, 2006) a avaliação da QdV deve ser feita pelo próprio doente, partindo do pressuposto que o estado de saúde é subjectivo e a QdV corresponde a um atributo pessoal. Sendo os questionários auto-preenchidos os mais usados para estas avaliações. Existem grupos de doentes que apresentam dificuldades na resposta a esses questionários, como por exemplo aqueles que têm dificuldades cognitivas, de comunicação, problemas de compreensão, doenças terminais.

3.1 Medição da Qualidade de Vida em Oncologia

A reabilitação do doente oncológico tem por filosofia a maximização do potencial de bem-estar. A natureza subjectiva das dimensões da QdV é um desafio à nossa capacidade em medir a nossa eficácia (Mcray, 2000).

A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos doentes que tinham a sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, já que, muitas vezes, o objectivo terapêutico centrava-se apenas na cura, deixando de lado a necessidade de dar qualidade de vida aos anos ganhos (“dar vida aos anos”) (Dantas, 2003).

O primeiro instrumento de avaliação de doentes oncológicos, para além do exame clínico, foi proposto em 1948 por Karnofsky, sugerindo a utilização de uma escala de desempenho (Ferreira et al., 2008).

Os instrumentos genéricos de oncologia (específicos) permitem avaliar as diferentes dimensões da patologia oncológica; no entanto devem ser complementados com instrumentos específicos (módulos do instrumento genérico em oncologia) que permitem avaliar a patologia específica, os efeitos das terapias oncológicas utilizadas, as variações do estado clínico que ocorrem ao longo do tempo. Os instrumentos específicos não permitem realizar comparações em patologias heterogéneas (Pimentel, 2006).

Segundo Osoba (1994, citado por Pimentel, 2006) os instrumentos de avaliação de QdV para serem utilizados em oncologia devem obedecer a alguns critérios: poder de quantificar, carácter multidimensional, base científica (validade, fiabilidade, sensibilidade) e exequibilidade (tempo de demora a responder, clareza das instruções, nº de itens, simplicidade das perguntas, apresentação do questionário).

Num estudo realizado por Pinto e Ribeiro (2006), que teve por objectivo realizar uma revisão bibliográfica (Janeiro de 2000 a Dezembro de 2004) sobre a qualidade de vida dos sobreviventes de cancro, foi possível identificar uma grande variedade de estudos realizados sobre essa população. Esses estudos variavam significativamente tanto no que diz respeito à população-alvo, ao tempo de sobrevida, ao tamanho da amostra e em termos metodológicos. Verificou-se uma diversidade grande de instrumentos utilizados para monitorizar/avaliar a

qualidade de vida. Nos estudos analisados o instrumento genérico mais utilizado foi o SF-36 e o específico foi o EORTC-QLQ-C30. As mulheres com cancro da mama constituem o maior grupo de estudos no estudo acima mencionado.

Segundo Ferreira et al. (2008), ao longo dos anos têm sido usados vários instrumentos para medir a qualidade de vida do doente oncológico. De seguida são apresentados alguns:

- Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Scale (ECOG) - É uma escala de uma só pergunta desenhada para avaliar o estado funcional de doentes oncológicos;
- Functional Living Index Cancer (FLIC) – Avalia o efeito dos sintomas de cancro e o seu tratamento na capacidade funcional, em todas as áreas da vida;
- Therapy Impact Questionnaire (TIQ) é um questionário que avalia o impacto da doença e da terapêutica na QdV do doente oncológico na fase avançada;
- QLQ C30 – É um instrumento de medição concebido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Validado para a população portuguesa;
- Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System (FACIT) – Pretende avaliar a QdV de doentes oncológicos sob terapia. O FACT – G é uma evolução do FACIT. Validado para a população portuguesa;
- Hospice Quality of Life Index (HQLI) – Desenhado para avaliar a QdV de doentes internados em hospícios;
- McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) – Relevante para a avaliação da QdV em todas as fases da doença em situações ameaçadoras de vida.

Pimentel (2006) desenvolveu um questionário para avaliação da QdVRS na prática clínica diária (CdV 32). Este questionário assenta no modelo de Rasch (processo de obtenção de medida em variáveis latentes, permitindo reduzir uma matriz de dados complexos a variáveis unidimensionais) e está validado para a população portuguesa.

Na avaliação da QdVRS pode-se obter um elevado nível de evidência quando se utilizam instrumentos que avaliem as várias dimensões da QdVRS e que estejam validados na

população oncológica, como por exemplo o FACT – G ou o EORTC QLQ – C30 (Pimentel, 2006).

3.2 Medição da Qualidade de Vida no Cancro da Mama

Após a revisão de literatura, podemos constatar que são utilizados vários instrumentos válidos para medir a qualidade de vida nos doentes com cancro da mama.

O instrumento concebido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), o questionário EORTC QLQ – 30 e o seu questionário complementar (específico para cancro da mama) EORTC QLQ – 23, assim como o Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System (FACT – G) e o seu módulo do cancro da mama (FACT – B), parecem ser os instrumentos mais comuns e melhor delineados para medir a QdV no doente com cancro da mama (Ribeiro, 2003; Rebelo et al., 2007; Montazeri, 2008). Estes inquéritos (EORTC QLQ – 30 / FACT - G) foram validados para a população portuguesa (Costa et al., 2005; Pimentel, 2006).

Os resultados de um estudo realizado por Silveira et al. (2009) sugerem que a nomenclatura de alguns domínios mais importantes do EORTC QLQ – 30 e do FACT - G é muito similar, nos domínios: físico, social, emocional e funcional/desempenho. Segundo o mesmo estudo os dois instrumentos avaliam diferentes aspectos da QdV. O questionário QLQ - C30 dá uma visão focada em aspectos físicos e sintomáticos dos indivíduos, enquanto o FACT - G dá uma visão multidimensional.

3.2.1 FACIT / FACT – G

O FACIT é uma colecção de questionários de QdV desenvolvidos para doenças crónicas. O FACT – G é uma evolução do FACIT, sendo um instrumento específico em oncologia. Pretende avaliar a qualidade de vida de doentes oncológicos sob terapia. É constituído por uma versão genérica com 27 perguntas, tendo uma versão específica do cancro da mama (FACIT B). A versão genérica destina-se a medir as dimensões de bem-estar físico, social e familiar, emocional e funcional (Pimentel, 2006).

3.2.2 EORTC QLQ – 30 Versão 3.0

O QLQ – 30 é o questionário mais usado na Europa e largamente utilizado no resto do mundo. É específico para doentes com cancro, tem uma estrutura multidimensional, devendo ser auto-administrado (curto e de fácil aplicação), foi delineado para ser modular, apresentando um núcleo central de 30 perguntas. O QLQ - C30 é constituído por 5 escalas funcionais (física, desempenho, emocional, cognitiva e social) e 3 escalas de sintomas (fadiga, náuseas e vómitos, e dor), uma escala global do estado de saúde, 6 itens simples que avaliam sintomas comuns aos doentes oncológicos (dispneia, insónia, obstipação, diarreia, perda de apetite, dificuldades financeiras) (European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2004; Pimentel, 2006).

A pontuação das escalas e itens é calculada através de uma fórmula proposta pelo manual específico do QLQ-C30 da EORTC. As subescalas e os itens simples são transformados em valores, numa escala de 0 a 100. Um resultado elevado para a escala funcional, representa um nível elevado de funcionamento e boa capacidade funcional; uma pontuação elevada para a escala global do estado de saúde e QdV, representa um nível elevado de QdV global. Pontuações elevadas para a escala de sintomas e itens isolados representam um nível elevado de sintomatologia (Fayers et al., 2001).

O princípio de cotação destas escalas é o mesmo em todos os casos:

- a) Estimar a média dos itens que contribuem para a escala: este é o raw score;
- b) Usar uma transformação linear para tornar standard o raw score, de forma a que o raw score varie entre 0 e 100.

Resumo de fórmulas a aplicar na cotação (Fayers et al., 2001):

- a) Raw Score

Raw Score = RS = $(I1+I2+.....+In)/n$

- b) Transformação Linear

Aplicar a transformação de 0 a 100 para obter a cotação.

Escalas funcionais:

$$S = \{1 - (RS-1)/Range\} \times 100$$

Escalas de sintomas /itens:

$$S = \{(RS - 1)/Range\} \times 100$$

Estado de saúde global / QOL:

$$S = \{(RS - 1)/range\} \times 100$$

Os procedimentos para cotação do QLQ-C30 encontram-se resumidos no Quadro 1.

QUADRO 1

Cotação do QLQ-C30 versão 3.0 (adaptado Fayers, 2001)

	Número de itens	Item range*	Itens	Escalas de função
Estado global				
Saúde global e Qualidade de Vida	2	6	29, 30	
Escalas funcionais				
Funcionamento físico	5	3	1 a 5	F
Desempenho	2	3	6,7	F
Funcionamento emocional	4	3	21 a 24	F
Funcionamento cognitivo	2	3	20, 25	F
Funcionamento social	2	3	26,27	F
Escalas de sintomas/Itens				
Fadiga	3	3	10,12,18	
Náusea e vômito	2	3	14,15	
Dor	2	3	9, 19	
Dispneia	1	3	8	
Insônia	1	3	11	
Perda de apetite	1	3	13	
Obstipação	1	3	16	
Diarreia	1	3	17	
Dificuldades financeiras	1	3	28	

*O item range é a diferença entre o máximo e o mínimo possível para uma resposta

Range é a diferença entre o valor máximo de RS e o mínimo possível. O QLQ – C30 tem sido delineado de forma a que todos os itens em qualquer escala assumam a mesma amplitude de valores. Contudo, a amplitude de RS iguala a amplitude de todos os valores. A maioria dos itens são cotados de 1 a 4, dando uma amplitude de 3. A exceção são os itens que contribuem para o estado global de saúde/QOL, que tem 7 pontos com uma amplitude de 6.

3.2.3 QLQ – Br23 Módulo específico para cancro da mama

Partindo do princípio de que cada tipo de cancro apresenta sintomas ou questões de morbilidade específicas, a EORTC desenvolveu instrumentos específicos com o objectivo de complementar a informação recolhida pelo instrumento genérico QLQ – C30. O módulo do cancro de mama é constituído por 23 questões que abordam sintomas, efeitos dos tratamentos, imagem corporal, função sexual, perspectiva futura (European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2004).

Os princípios de cotação são idênticos aos aplicados no questionário QLQ-C30, encontrando-se resumidos no Quadro 2.

QUADRO 2

Cotação do QLQ-BR23 versão 3.0 (adaptado Fayers, 2001)

	Escala	Nº de itens	Range	QLQ-BR23 Nº de itens
Escalas Funcionais				
Imagem corporal	BRBI	4	3	9-12
Função sexual	BRSEF	2	3	14,15
Prazer sexual	BRSEE	1	3	16
Perspectiva futura	BRFV	1	3	13
Escalas de sintomas / Itens				
Efeitos sistémicos	BRST	7	3	1-4,6,7,8
Sintomas do cancro de mama	BRBS	4	3	20-23
Sintomas do membro superior	BRAS	3	3	17,18,19
Aceitação de perda do cabelo	BRHL	1	3	5

Nota: A escala BRSEE, prazer sexual, não é aplicável caso o item 15 não esteja completo. A escala BRHL, aceitação da perda de cabelo, não é aplicável caso o item 4 não esteja completo.

4. Qualidade do Serviço Prestado em Oncologia

A qualidade em saúde é actualmente um tema bastante debatido em Portugal, porém tem ainda um longo caminho a percorrer de forma a encontrar soluções, nomeadamente na área específica da Oncologia. Diversos estudos encontram lacunas que precisam de ser resolvidas para que se possam avaliar de forma efectiva os cuidados prestados. A necessidade de ter medidas de qualidade fiáveis e válidas, de definir indicadores que as possam avaliar e

monitorizar, sistemas de informação que nos permitam ter um conhecimento real e actual da qualidade dos cuidados que prestamos, constituem uma ferramenta imprescindível para a gestão de organizações de saúde.

O relatório “Ensuring Quality Cancer Care” emitido pelo Institute of Medicine (IOM), concluiu: *“Based on the best available evidence, some individuals with cancer do not receive care known to be effective for their condition”* (Institute of Medicine, 1999, citado por Bailes & McNiff, 2008). No referido relatório, consta ainda que para além dos doentes não estarem a receber o tratamento mais adequado de acordo com a evidência, a magnitude do problema não é conhecida. Alguns estudos apontam para que a prática baseada na evidência em oncologia não esteja implementada de forma consistente. Outros estudos do IOM corroboram que a existência de variações na qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico é uma realidade. Existindo défices na adesão ao processo recomendado e falta de consistência na implementação prática do cuidado baseado na evidência (Mcglynn et al., 2003; Malin et al., 2006; Bailes & McNiff, 2008).

Os resultados destes estudos conduziram a um aumento do número de actividades na área da qualidade em oncologia por parte dos:

- a) Profissionais prestadores / instituições (guidelines, normas padrão...);
- b) Pagadores (eficiência/qualidade);
- c) Doentes (maior informação sobre qualidade).

Como resultado dessas actividades, os oncologistas estão sujeitos a pressões internas e externas no sentido da tomada de medidas que conduzam à implementação de actividades e à redefinição da forma como os cuidados são prestados, de forma a promover a qualidade (Bailes & McNiff, 2008).

De modo a avaliar a qualidade em Oncologia, deverão ser abordadas as três principais dimensões da qualidade preconizadas por Donabedian: estrutura, processos e resultados. Assim:

a) Medidas Estruturais – Segundo Bailes e McNiff (2008), a relação do volume de procedimentos com a qualidade em oncologia tem sido intensamente estudada desde 1970, tendo-se constatado que instituições ou médicos que desempenham mais procedimentos

apresentam melhores resultados, como é o caso de cirurgias para cancro colorectal, do pulmão, pâncreas, esofágico e cancro gástrico;

b) Medidas de Processo – A base para medir a qualidade técnica baseia-se em guidelines ou ensaios clínicos, que confirmam a importância de alguns componentes específicos para a melhoria de resultados. Segundo um estudo de investigação de mais de 30 condições de saúde, de McGlynn et al. (2003), existem grandes problemas relacionados com a subutilização de cuidados, em que 46,3% não receberam procedimentos de cuidados recomendados, e por outro lado de sobreutilização, em que 11,3% receberam cuidados não recomendados. Das medidas de processo faz parte, por exemplo, o seguimento de um protocolo de tratamento para cada condição específica;

c) Medidas de Resultado – Relativamente às respostas do paciente ao cancro, cita-se a sobrevivência, sobrevivência livre de doença, saúde relacionada com a qualidade de vida (**QdVRS**), estado funcional, satisfação do paciente e custos económicos. As medidas de resultado são colhidas através de programas de vigilância, que nos proporcionam informações sobre qual a tendência do cancro, de forma a serem desenvolvidos cuidados de qualidade. Pode-se também utilizar a categoria de resposta à terapêutica (diminuição do tamanho do tumor), para aceder ao impacto da terapia. Medidas de resultado requerem o ajustamento pelo risco e devem ser aplicadas a amostras suficientemente grandes de forma a obter informações significativas e válidas. As Medidas de resultado reflectem a última meta da medicina. No entanto, podem existir dificuldades na recolha e interpretação dos resultados na área da Oncologia (Bailes & McNiff, 2008), por exemplo:

- Necessidade de recursos substanciais, empenho e infra-estruturas, obrigatoriedade de recolha de dados relativos a 5 anos de sobrevivência ao cancro;
- 5 anos de sobrevivência ao cancro, reflectem cuidados prestados quase uma década antes;
- Variáveis independentes (genéticas, comportamentais e preferências pessoais) podem alterar os resultados, exigindo um ajustamento pelo risco.

A evidência de associação de alta qualidade de cuidados a sistemas eficientes, torna também fundamental a aplicação de outras medidas - as medidas de eficiência, que associem uma avaliação da qualidade aos custos (Bailes & McNiff, 2008).

A cultura clínica tem levado os médicos a reagir de uma forma céptica a mudanças na sua prática. A adopção de guidelines práticas, os custos crescentes, baixos reembolsos e equipas insuficientes, tem dificultado a adopção de métodos de melhoria da qualidade. Segundo o

Commonwealth Fund Survey of Physicians and Quality of Care (citada por Audet et al., 2005), os clínicos não aceitaram verdadeiramente os princípios e métodos de melhoria da qualidade, além de que, segundo resultados de um estudo de Audet et al. (2005), a adopção de melhoria da qualidade perde quanto menores forem os grupos de clínicos a prestarem cuidados, tendo em consideração que a maioria dos clínicos trabalha individualmente ou em pequenos grupos.

A experiência de Neuss et al. (2005) demonstra que, com base em guidelines publicadas e consensos clínicos, a qualidade dos cuidados pode-se medir nas práticas médicas oncológicas, de uma forma rápida e custo-efectiva.

Os resultados em oncologia são influenciados por factores para além dos comportamentos do oncologista, incluindo toda a equipa multidisciplinar, prestadores em hospitais, preferências dos pacientes e comorbilidades (Neuss et al., 2005).

Recolher, analisar e transformar dados em relatórios úteis de forma a implementar mudanças na qualidade, requer ferramentas, pessoal, tempo e dinheiro. As fontes dos dados para medir qualidade incluem: os registos médicos (manuais e electrónicos), questionários aos utentes, dados administrativos e estudos de investigação, o que constituiu uma das lacunas destes estudos, pela questionável fiabilidade e validade das informações colhidas e consequente interpretação (Bailes & McNiff, 2008).

A evidência de que a implementação de medidas de qualidade em oncologia está associada ao incremento dos resultados, reforça a necessidade da sua utilização contínua (Bailes & McNiff, 2008). Assim, tornam-se fundamentais:

a) Indicadores de qualidade. O Institute of Medicine (IOM) defende que devem ser avaliadas seis dimensões da qualidade (segurança, efectividade, centralização no paciente, actualidade, eficiência e equidade no acesso). No entanto, segundo Neuss et al. (2005), a proposta do IOM tende a minimizar a medida mais importante da efectividade em oncologia – sobrevivência e redução do sofrimento. O mesmo autor afirma que actualmente ainda não existe um indicador que permita quantificar estas medidas;

b) Medidas que permitam aferir a fiabilidade do indicador de qualidade. Desenvolver um indicador de qualidade obriga à revisão sistemática da evidência ou ao uso de guidelines clínicas baseadas na evidência, que permitam desenvolver uma declaração de cuidados

recomendados (Exemplo: carcinoma do cólon, Estadio III, em pacientes entre os 18 e os 80 devem receber Quimioterapia adjuvante). Em áreas em que não exista evidência, um consenso forte entre peritos pode servir como base de desenvolvimento de indicadores. Os indicadores devem ser revistos periodicamente de forma a incorporar nova evidência ou alterações de consensos (Bailes & McNiff, 2008). Segundo Schneider et al. (2004) poderão ser utilizados indicadores para medir a qualidade dos cuidados prestados (foco no processo), para os quais existe evidência científica de que o processo está associado ao resultado. São exemplo destas medidas: diagnóstico e estadio, gestão da terapêutica inicial, gestão da toxicidade do tratamento, arbitragem e coordenação dos cuidados, suporte emocional, preferência dos doentes, sobrevivência após a terapêutica inicial.

Como indicadores de resultado em oncologia poderão ser utilizados: a mortalidade, a sobrevivência, estado de saúde e a qualidade de vida. Estas medidas requerem um ajustamento pelo risco (Schneider et al., 2004).

Consideram-se fundamentais a incidência, a mortalidade e a sobrevivência para avaliar a efectividade das medidas de prevenção e dos tratamentos aplicados (Portugal. Ministério da Saúde, 2007), uma vez que o êxito na luta contra o cancro se reflecte na redução da mortalidade, que depende directamente da incidência e da sobrevivência da doença;

c) Integrar na prática as recomendações das guidelines. Os instrumentos provenientes das guidelines podem facilitar esta integração (sumários, guias para doentes, orientações clínicas, normas padrão...) (Bailes & McNiff, 2008);

d) Melhorar a documentação (papel ou electrónica) que permita o aumento da coordenação e eficiência dos cuidados, a segurança, facilite o acesso a dados de informação sobre qualidade e promova a comunicação entre prestador/doente;

e) Recolher e usar dados como base para a implementação / melhoria de actividades. Existem organismos (EUA) que permitem aos clínicos consultarem dados que fazem a comparação de procedimentos versus resultados. As equipas de implementação de qualidade devem ser multidisciplinares. As instituições “líderes na área da qualidade”, publicam sugestões para estratégias e projectos de qualidade (exemplo: Institute for Health Care Improvement / www.IHI.org);

f) Implementar sistemas de informação na área da saúde. A adopção de registos electrónicos em saúde será determinante para uma recolha consistente de dados em oncologia. Para que os sistemas de informação sejam uma mais-valia, é necessário que os prestadores de

cuidados estejam envolvidos na sua selecção e desenvolvimento. Os sistemas devem ser de fácil utilização;

g) Dar voz aos prestadores, por exemplo, os prestadores deveriam ser ouvidos sobre as políticas de pagamento pelo desempenho que têm influência na forma de cuidar;

h) Manutenção da Certificação profissional. À medida que os conceitos de medição e melhoria da qualidade se generalizam, existe um aumento da expectativa no sentido dos profissionais de saúde adquirirem / manterem conhecimentos e competências que permitam a melhoria dos cuidados.

A melhoria continua da qualidade pressupõe uma parceria entre quem presta, quem monitoriza, quem possui e quem usa os serviços (Máximo, 2005).

5. Fisioterapia na Reabilitação da Mulher com cancro da mama

Existe uma alta prevalência de complicações músculo esqueléticas nas mulheres com cancro da mama. A fisioterapia apresenta-se como a primeira escolha para a resolução dessas complicações, contudo continua a existir pouca evidência sobre a eficácia e efectividade da fisioterapia na resolução das complicações pós cirurgia a cancro da mama com esvaziamento ganglionar axilar (Beurskens et al., 2007).

A intervenção do fisioterapeuta na reabilitação da mulher com cancro da mama submetida a cirurgia com esvaziamento ganglionar pode ser justificada essencialmente por quatro razões (Ferrandez & Serin, 2006):

- Risco de existir uma diminuição acentuada das amplitudes articulares da articulação do ombro, provocada pela cirurgia (cicatriz, complicações linfáticas precoces). Podendo ser utilizadas técnicas que permitem restaurar a função do membro superior;
- Imperativo radioterápico. A radioterapia poderá ser aplicada após a cirurgia ou quimioterapia. Para a realização dos tratamentos de radioterapia será necessário a doente ter amplitudes de abdução (90°) e rotação externa. O apoio precoce da fisioterapia permite que não seja dolorosa a posição de tratamento de RT, evitando que o início dos tratamentos de radioterapia seja adiado por impossibilidade de posicionamento;

- Prevenção de linfedema e infecções subcutâneas. Estes doentes incluem-se num grupo de risco de desenvolvimento de linfedema e infecções subcutâneas, o fisioterapeuta deve numa fase precoce colaborar na prevenção;

- Apoio psicológico. A relação que é estabelecida entre o fisioterapeuta e a doente permite o esclarecimento de dúvidas que poderão beneficiar o seu estado emocional. As técnicas utilizadas têm um impacto positivo na aceitação do novo esquema corporal por parte da mulher com cancro da mama.

O apoio dado pela fisioterapia após o tratamento a cancro da mama é decisivo para o bem-estar físico e psicológico da mulher. Actualmente existe um consenso europeu sobre a intervenção do fisioterapeuta na reabilitação da mulher com cancro da mama, tendo em conta os diferentes problemas inerentes à condição. O consenso obtido através de um painel de peritos a nível europeu, permitiu a elaboração de uma guideline que define os processos recomendados na intervenção do fisioterapeuta no pós-cirurgia a cancro da mama: prevenção do linfedema, tratamento do linfedema, intervenção no internamento, tratamento de complicações específicas (Leduc, 2008).

Um estudo (n=139) realizado por Lauridsen et al. (2005), demonstrou que as mulheres que recebem instruções por parte da fisioterapia apresentam uma melhoria mais rápida da função do membro superior. O mesmo estudo demonstrou que os resultados da fisioterapia são influenciados negativamente pela radioterapia.

Segundo Bendz e Olsen (2002) o apoio precoce da fisioterapia (n= 230) é determinante para a melhoria da função do membro superior nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama com esvaziamento axilar, tendo benefícios mínimos em relação à prevenção do linfedema e perda de força de preensão da mão.

Gordon et al. (2005) realizaram um estudo comparativo (instrumento de medida: FACT) entre dois grupos de mulheres com cancro da mama, submetidos a programas de reabilitação e um grupo não intervencionado. Um dos grupos intervencionados (n=36) recebeu o apoio precoce da fisioterapia. O segundo grupo (n= 31) cumpriu um programa de apoio psicológico e exercícios de grupo a partir das 8 semanas pós cirurgia. O grupo não tratado foi constituído por uma amostra de 208 indivíduos. Os grupos não eram homogéneos. O grupo que recebeu o

apoio precoce da fisioterapia foi o que apresentou melhores resultados a curto prazo a nível funcional, físico e nas outras dimensões da QdV.

Num estudo (n= 30) realizado por Beurskens et al. (2007) concluiu-se que a fisioterapia contribui para a redução da dor, melhoria da função do membro superior e melhoria da QdV após a cirurgia a cancro da mama com esvaziamento axilar.

Um estudo (n= 14) realizado por Moreira e Manaia (2005) demonstrou haver um impacto positivo da fisioterapia sobre a limitação física, sexualidade e QdV global da mulher com cancro da mama submetida a cirurgia com esvaziamento ganglionar.

A massagem terapêutica tem efeitos benéficos sobre a QdV da mulher com cancro da mama (n=51), reduzindo o impacto dos efeitos (ansiedade, dor, náusea, dor e qualidade de sono) da quimioterapia e radioterapia (Sturgeon et al., 2009).

As doentes com cancro da mama que são submetidos a radioterapia, quando acompanhadas com um programa (n= 40) de exercícios moderados – intensivos ao longo do tratamento, poderão ter benefícios a nível físico (aumento das amplitudes, diminuição da fadiga) e psicológico, melhorando a QdV (Hwang et al., 2008).

O exercício pode ter benefícios (capacidade aeróbica, força muscular, massa muscular, gordura corporal, QdV) nos doentes com cancro da mama que estejam a ser submetidos a quimioterapia adjuvante (n= 242), no entanto os benefícios estarão dependentes de alguns parâmetros, como a idade, o estado civil, estadio clínico e tipo de quimioterapia (Courneya et al., 2008).

5.1 Fisioterapia na Reabilitação da Mulher com cancro da mama: A realidade Portuguesa

O Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, participou na elaboração do consenso europeu sobre a intervenção na reabilitação da mulher com cancro da mama, colocando em prática os pressupostos dessa linha de orientação desde há alguns anos a esta parte. Podendo a sua intervenção nesta área específica ser resumida da seguinte forma:

- Apoio após 24 horas de cirurgia (prevenção de linfedema / infecções subcutâneas e exercícios específicos). Esta intervenção é feita no decorrer do internamento;
- Tratamento individual da mulher submetida a cirurgia a cancro da mama até obtenção da função normal. O início do tratamento individual é feito aproximadamente 3 semanas após a cirurgia;
- Exercícios de grupo tendo por objectivo o ganho de resistência, força, motivação. Os exercícios de grupo têm início quando a doente tem amplitudes próximas do normal;
- Apoio ao longo da realização da radioterapia (prevenção de complicações). Ao longo dos tratamentos de RT o doente deve manter um esquema de exercícios (exercícios de grupo) de forma a prevenir o aparecimento de algumas complicações (diminuição de amplitudes, linfedema, dor);
- Tratamentos de complicações (linfedema, dor...) que podem advir das terapêuticas utilizadas. Estas podem surgir precocemente ou tardiamente (meses ou anos após a realização das terapias oncológicas).

Podemos afirmar que este modelo, considerado pelo painel de peritos acima referenciado, como o ideal, em Portugal não está implementado noutras unidades hospitalares. Sendo a realidade dos Centros Regionais de Coimbra e Porto do IPOFG, ainda mais preocupante, pois não dão um apoio contínuo no decorrer das diferentes fases do tratamento da mulher com cancro da mama, essencialmente por falta de recursos humanos. O Centro Regional de Coimbra do IPOFG não tem fisioterapeutas e o do Porto tem apenas 5 fisioterapeutas. Sendo manifestamente insuficiente quando comparado com a realidade do IPO de Lisboa, que conta com 15 fisioterapeutas para dar o apoio às diferentes áreas da oncologia.

Pelo exposto, podemos deduzir que em Portugal existe uma diferença potencial na forma como as mulheres com cancro da mama recebem o apoio por parte da fisioterapia na fase pós-cirúrgica / outras terapias oncológicas.

6. Dados Anónimos e Investigação em Saúde

Todo o processo de investigação requer uma sequência de procedimentos, que passam inevitavelmente pelo acesso, tratamento e utilização de dados. A recolha de dados obriga,

regra geral, a um esforço acrescido por parte dos investigadores, quer na autorização de acesso, quer em termos de custos e tempo necessário para a sua compilação e harmonização. Os dados em saúde podem ser ordenados como primários ou como dados de nível secundário. Os dados primários são todos os dados recolhidos pelo investigador, ou pela equipa de investigação. A informação produzida num patamar secundário é mediada por instituições e organizações especializadas na recolha e divulgação de dados, sendo a via mais frequente de difusão a publicação de anuários estatísticos, inquéritos de saúde e recenseamentos. A utilização de dados produzida a um nível secundário não comporta a manipulação de dados pessoais (Nossa & Pina, 2007).

Os dados pessoais são definidos pela Lei 67/98 (Lei de Protecção de dados, de 26 de Outubro), artigo 3º: «Dados pessoais»: qualquer informação de qualquer natureza e independentemente do respectivo suporte, incluindo som e imagem, relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável [«titular dos dados»]; é considerada identificável a pessoa que possa ser identificada directa ou indirectamente, designadamente por referência a um número de identificação ou a um ou mais elementos específicos da sua identidade física, fisiológica, psíquica, económica, cultural ou social;

Os dados primários, na área da saúde, por deliberação nº51/2001 da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) integram a categoria de dados relativos à vida privada, requerendo confidencialidade (PORTUGAL. ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, 2001). Segundo a deliberação nº 1502/01 da CNPD, o consentimento expresso pode ser dispensado, caso seja assegurado o anonimato dos titulares dos dados. Não podendo o investigador ter acesso a qualquer elemento que permita identificar ou tornar identificável o doente participante. O processamento de dados de saúde para fins de investigação científica, com recurso a dados não nominativos (anónimos), não carece de autorização dos titulares dos dados uma vez que não estamos perante dados pessoais (Nossa & Pina, 2007).

O conceito de informação de saúde é definido pela Lei nº12/2005 (Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde, de 26 de Janeiro), no artigo nº3, nº1: «A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde

os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.»

Segundo a Lei nº12/2005, no artigo 4º, nº4: «O acesso a informação de saúde pode, desde que anonimizada, ser facultado para fins de investigação.»

A Lei nº12 /2005 permite aos investigadores terem acesso a dados de saúde em condições de anonimato, em tempo e modo adequados, possibilitando ir ao encontro do artigo 73 da constituição da República Portuguesa, nº4 (Sousa & Alexandrino, 2000), onde fica bem explícito que “a criação e a investigação científica, bem como a inovação tecnológicas, são incentivadas e apoiadas pelo Estado” (Nossa & Pina, 2007).

7. Informação Verbal: Entrevistas Exploratórias

Realizaram-se quatro entrevistas exploratórias (Apêndice I), constituindo as mesmas uma fonte inicial de informação sobre a temática em estudo.

7.1 Objectivo / Contexto de Aplicação

As entrevistas tiveram como objectivo saber qual a percepção que as doentes tinham sobre a influência da fisioterapia na sua qualidade de vida.

Estas entrevistas foram feitas a doentes com cancro da mama submetidas a cirurgia e a outras terapias oncológicas, que já tinham tido alta da fisioterapia.

7.2 Síntese de Resultados

Todas as mulheres disseram que a fisioterapia foi determinante sobre a forma como aceitaram o seu novo esquema corporal, para a sua funcionalidade, para o seu regresso à actividade profissional e ao seu estado social prévio.

Capítulo II: Definição da Problemática

Nota Preliminar: Neste capítulo é realizada uma síntese da revisão de literatura e de outras fontes de informação, de forma a realçar as conclusões das temáticas que definem o problema em estudo, assim como a sua relação com os resultados de investigações anteriores, apresentando uma concepção de investigação alternativa.

O cancro da mama continua a ser uma grande preocupação da saúde pública a nível mundial. A patologia oncológica e as sequelas dos tratamentos, que podem surgir ou persistir durante anos, podem alterar todos os domínios da qualidade de vida: estado físico, estado emocional, qualidade das relações sociais (Pinto et al., 2006; Pimentel, 2006).

Após a revisão de literatura podemos constatar que actualmente existe uma preocupação em medir a qualidade de vida do doente oncológico e em particular da mulher com cancro da mama. Mesmo nos ensaios clínicos, para além de ser avaliada a eficácia terapêutica e a segurança, a avaliação da QdV é tida em conta. Na literatura consultada foi possível verificar que a maioria dos estudos realizados em oncologia, com o objectivo de avaliar a qualidade de vida, quantificavam o efeito das terapias oncológicas na QdV tentando desta forma realizar um estudo custo/benefício. Não existindo muitos estudos que avaliem a eficácia de outras terapias para além das medicamentosas na qualidade de vida do doente oncológico.

Actualmente existe a necessidade de justificar os actos prestados, quanto à eficiência e efectividade. Para o efeito é necessário medir resultados em saúde, para que se possa analisar a utilidade de formas diversas de tratamento ou de intervenções distintas. A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde é uma medida de resultado.

A avaliação da QdVRS é uma forma de podermos conhecer a percepção do doente sobre o impacto que lhe causaram o diagnóstico e a terapêutica, tendo por objectivo melhorar a prestação de cuidados de saúde (Pimentel, 2006).

Em Portugal, existe uma diferença potencial na forma como as mulheres com cancro da mama recebem o apoio por parte da fisioterapia na fase pós-cirúrgica / outras terapias oncológicas.

Por essa razão será relevante esclarecer se a fisioterapia constitui uma mais-valia para a qualidade do serviço prestado em oncologia.

A realização de entrevistas exploratórias permitiu concluir que as mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e a outras terapias oncológicas consideram a fisioterapia uma mais-valia para a melhoria da sua QdVRS.

Alguns estudos sugerem que a fisioterapia tem influência nas diferentes dimensões da QdVRS da mulher com cancro da mama, no entanto, em nossa opinião continua a existir pouca evidência (estudos em número reduzido e com algumas limitações) sobre a efectividade da fisioterapia a esse nível. A maioria dos estudos apresenta algumas limitações, como:

- O nº da amostra - pequena para que se possam retirar conclusões sobre a influência de uma intervenção em doentes submetidos a diferentes protocolos de terapias oncológicas;
- Desenho do estudo - alguns estudos não são experimentais ou quase-experimentais, não podendo estabelecer uma relação de causa-efeito;
- Momentos de avaliação – Os estudos analisados apresentam maioritariamente 3 momentos de avaliação: 1º - 3 ou 4 semanas pós-cirurgia; 2º - 3 meses após a cirurgia; 3º - 6 meses após a cirurgia. Pensamos que estes momentos de avaliação não têm em conta a duração dos diferentes protocolos de terapias oncológicas aplicados no cancro da mama. Num protocolo na qual a mulher seja submetida a cirurgia + 6 ciclos de Quimioterapia + Radioterapia, o tratamento prolonga-se aproximadamente por 9 meses. Necessariamente que este grupo de doentes deveria ter uma última avaliação no final do protocolo de tratamento;
- Nos estudos consultados o protocolo de fisioterapia afasta-se em muito do utilizado pelo Serviço de Medicina Física e Reabilitação do IPOFG de Lisboa. Os protocolos de fisioterapia mencionados nem sempre incluem o tratamento diário e individual da doente. Em nossa opinião o tratamento individual da doente com cancro da mama é imprescindível para a resolução de complicações inerentes à condição.

Desta forma será importante desenvolver um estudo que possa esclarecer se a fisioterapia tem influência na QdV da mulher com cancro da mama, contribuindo assim para a qualidade do serviço prestado em oncologia.

O estudo a propor terá por objectivo, saber se a fisioterapia tem influência na Qualidade de Vida da mulher com cancro da mama, submetida a cirurgia e outras terapias oncológicas.

Será necessário para o efeito definir o que se entende por QdV, e quais as dimensões em estudo. As várias definições existentes sobre “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde”, incluem conceitos tais como: bem-estar físico e actividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas (Ribeiro, 2003; Pimentel, 2006).

Após a revisão de literatura, podemos constatar que são utilizados vários instrumentos válidos para medir a qualidade de vida nos doentes com cancro da mama. O instrumento concebido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), o questionário EORTC QLQ – 30 e o seu questionário complementar (específico para cancro da mama) EORTC QLQ – 23, assim como o Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System (FACT – G) e o seu módulo do cancro da mama (FACT – B), parecem ser os instrumentos mais comuns e melhor delineados para medir a QdV no doente com cancro da mama (Ribeiro, 2003; Rebelo et al., 2007; Montazeri, 2008). Estes inquéritos (EORTC QLQ – 30 / FACT - G) foram validados para a população portuguesa (Costa et al., 2005; Pimentel, 2006).

No estudo proposto será utilizado o instrumento concebido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), o questionário EORTC QLQ – 30 e o seu questionário complementar (específico para cancro da mama) EORTC QLQ – 23. Pensamos que será o instrumento de medida mais adequado para a recolha de dados que permitam responder às questões de investigação.

Serão avaliadas as dimensões do bem-estar físico e actividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas. Serão também recolhidas informações sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, profissão) e clínicas (tipo de cirurgia, outras terapias oncológicas realizadas).

A resposta à questão de partida para o estudo de investigação (Será que as técnicas de fisioterapia conseguem contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas?) só pode ser obtida com a aplicação de um estudo longitudinal (Experimental ou Quase-Experimental), com a recolha

de dados antes e após a realização da fisioterapia. Pensamos que devem ser realizados 4 momentos de avaliação; 3 a 4 semanas após a cirurgia, 3 meses após a cirurgia, 6 meses após a cirurgia e 9 meses após a cirurgia. Desta forma está assegurada a avaliação dos doentes ao longo dos diferentes tipos de protocolos utilizados no tratamento do cancro da mama.

Tendo em conta as normas para a elaboração do Trabalho de Projecto, definidas pela Escola Nacional de Saúde Pública para os cursos de Mestrado, será delineada a Metodologia tida como adequada para responder às questões de investigação, sendo colocado em campo um estudo piloto que permita dar um contributo real no delineamento da metodologia.

Capítulo III: Objectivos

Nota Preliminar: Tendo como linha orientadora a questão de partida (Será que as técnicas de fisioterapia conseguem contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas?), foram delineados os objectivos geral e específicos.

1. Objectivo Geral

Avaliar se a fisioterapia contribui para a melhoria da Qualidade de Vida das mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas.

2. Objectivos Específicos

- Verificar se existem diferenças na QdV entre mulheres submetidas a uma cirurgia radical e cirurgia conservadora.
- Verificar se a aplicação de outras terapias oncológicas (radioterapia / quimioterapia / hormonoterapia) tem influência na QdV da mulher com cancro da mama.
- Verificar se existem diferenças na função física entre mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas e mulheres somente submetidas a cirurgia a cancro da mama.
- Avaliar se a fisioterapia permite melhorar a função física na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas.
- Avaliar se a fisioterapia permite melhorar as actividades quotidianas na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas.
- Esclarecer se a fisioterapia tem influência no bem-estar psicológico da mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas.
- Verificar se a fisioterapia ajuda a mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas a voltar ao seu estado social prévio.

- Avaliar se a fisioterapia permite melhorar o Estado de Saúde Global da mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas.
- Verificar se os resultados obtidos pela fisioterapia ao nível do Estado de Saúde Global da mulher submetida a cirurgia por cancro da mama dependem do tipo de terapias oncológicas a que a doente é submetida no decorrer dos tratamentos de fisioterapia.
- Esclarecer se a fisioterapia tem influência na redução da dor na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas.
- Saber se a fisioterapia melhora os sintomas relacionados com o membro superior (dificuldade em mobilizar, edema e dor) na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas.
- Verificar se a fisioterapia tem influência na melhoria dos sintomas relacionados com a zona da cirurgia a cancro da mama (dores no local, edema, sensibilidade, alterações cutâneas).

Capítulo IV: Metodologia

Nota Preliminar:

Este capítulo está dividido basicamente em duas partes. A primeira em que se define a metodologia de um estudo tido como adequado para responder às questões de investigação levantadas e uma segunda parte que se insere no parâmetro reservado aos procedimentos, onde se descreve a metodologia utilizada no estudo piloto que será colocado em campo com o intuito de recolher informação que permita melhorar a metodologia proposta.

Neste capítulo, dedicado às questões metodológicas, serão apresentados os métodos considerados ideais para responder às questões de investigação, delineando-se o tipo de estudo, as variáveis, a unidade de análise, os métodos e técnicas de recolha de dados, os procedimentos e a metodologia de tratamento de dados.

No âmbito do trabalho de projecto está definido a colocação em campo de um caso de estudo efectivo. Neste trabalho optou-se pela realização de um estudo piloto, sendo apresentada a metodologia aplicada no parâmetro reservado aos procedimentos do estudo.

Por questões éticas o estudo considerado como ideal não poderá ser desenvolvido no IPOFG de Lisboa, no qual todas as mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama são acompanhadas com tratamentos de fisioterapia, não sendo ético seleccionar um grupo que estaria privado desse mesmo acompanhamento. Sugerindo-se que o estudo decorra numa instituição em que não exista o acompanhamento deste grupo de doentes por parte da fisioterapia, como é o caso do Centro Regional de Coimbra do IPOFG.

O estudo piloto como recorre a outra metodologia, utilizando apenas o grupo experimental, foi realizado no IPOFG de Lisboa.

1. Desenho de estudo - Tipo de Estudo

O estudo será do tipo Quase - Experimental:

Séries Temporais Interrompidas com Grupo Testemunho Não Equivalente. São no essencial variantes do desenho do tipo pré-teste pós-teste com grupo de controlo não equivalente, com a inclusão de várias observações com vista a obter uma linha de base, para efeitos comparativos (Carmo & Ferreira, 1998; Fortin, 2003; Lopes & Pereira, 2004).

O desenho do estudo é representado pelo diagrama:

O1 X O2 O3 O4

O1 - O2 O3 O4

Este tipo de estudo é idêntico ao Pré-teste pós-teste, mas com um grupo de controlo não equivalente, isto é não houve distribuição aleatória dos elementos que pertencem aos dois grupos. O facto de existir uma medida *antes* permite verificar a equivalência dos grupos. O grupo experimental é submetido à intervenção enquanto que o grupo de controlo é só objecto de observações (Carmo & Ferreira., 1998; Fortin, 2003; Lopes & Pereira, 2004).

2. Variáveis

- Independente

Técnicas de Fisioterapia aplicadas na reabilitação da mulher com cancro da mama.

- Dependente

As dimensões do bem-estar físico e actividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas.

Como variáveis de caracterização da amostra em estudo foram definidas; idade, tipo de cirurgia, estado civil, nível de escolaridade e terapias oncológicas realizadas.

Apresenta-se de seguida um Quadro (Quadro 3) com a operacionalização das variáveis em estudo, com o intuito de clarificar o modo como as diferentes dimensões da QdV serão avaliadas.

QUADRO 3
Operacionalização Das Variáveis

DIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS
Bem-Estar Físico	Escala funcional física	Instrumento: Questionário EORTC QLQ-C30
Actividades Quotidianas	Escala funcional ocupacional	Instrumento: Questionário EORTC QLQ-C30
Bem-Estar Psicológico	a) Escala funcional emocional	a) Instrumento: Questionário EORTC QLQ-C30
	b) Escala funcional: Imagem corporal	b) Instrumento: Questionário EORTC QLQ-BR23
Relações Sociais	Escala funcional social	Instrumento: Questionário EORTC QLQ-C30
Sintomas relacionados com o membro superior	Escala de sintomas relacionados com o membro superior	Instrumento: Questionário EORTC QLQ-BR23
Sintomas relacionados com o local da cirurgia	Escala de sintomas relacionados com a zona de cirurgia	Instrumento: Questionário EORTC QLQ-BR23
Sintoma: Dor	Escala de sintomas: Dor	Instrumento: Questionário EORTC QLQ-C30
Saúde global e Qualidade de Vida	Escala global do estado de saúde	Instrumento: Questionário EORTC QLQ-C30

3. Unidade de Análise / População

- **População**

A população do presente estudo abrange mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas.

- **Sub-população**

A sub-população é constituída por mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas, seguidas no Centro Regional de Coimbra do IPOFG.

- Amostra

A amostra do estudo será constituída por dois grupos de 60 mulheres cada, com cancro da mama, submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas seguidas no Centro Regional de Coimbra do IPOFG.

Sugerimos uma amostra com esta dimensão pois permite respeitar o teorema do limite central, levando a uma melhor precisão e potência da estatística. Permitindo também uma melhor análise a subgrupos submetidos a diferentes terapias oncológicas.

A amostragem será por conveniência / tipo accidental (selecção não aleatória / amostra não probabilística), sendo formada por sujeitos da população que são mais acessíveis para o investigador. Os sujeitos serão incluídos no estudo à medida que se apresentem ao investigador e até a amostra atingir o tamanho desejado (Carmo & Ferreira, 1998; Fortin, 2003; Lopes & Pereira, 2004).

A repartição dos sujeitos nos grupos experimental e no grupo de controlo será feita de forma aleatória.

3.1 Critérios de inclusão

- Sujeitos submetidos a uma cirurgia a cancro da mama no IPOFG de Coimbra e que aceitem participar no estudo após esclarecimento através do termo explicativo do estudo / consentimento informado.

3.2 Critério de exclusão

- A não-aceitação/colaboração dos utentes à intervenção e ao estudo;
- Outras patologias que condicionem os resultados do estudo (recidivas, patologias articulares, alterações da cognição).

4. Métodos e Técnicas de Recolha de Dados (instrumento)

Para a recolha de dados serão utilizados os seguintes instrumentos de medida:

- a) Inquérito por questionário – No presente estudo utilizaremos como instrumento de medida da qualidade de vida da mulher com cancro da mama, um questionário desenvolvido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), o questionário EORTC QLQ – 30 e o seu questionário complementar (específico para cancro da mama) EORTC QLQ – 23 (Anexo I);
- b) Serão também recolhidas informações sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, profissão) e clínicas (tipo de cirurgia, outras terapias oncológicas realizadas). Para o efeito foi construído um questionário (Apêndice II) que será respondido na continuidade dos anteriores.

5. Procedimentos

5.1 Procedimentos Formais

Foi efectuado um pedido de autorização para a realização de um download e utilização do questionário (EORTC QLQ – 30 e o seu questionário complementar EORTC QLQ – 23) concebido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). A autorização por parte da EORTC foi concedida em 10 de Dezembro de 2009 (Anexo II).

O início do estudo estará dependente da autorização e aprovação do projecto pela Escola Nacional de Saúde Pública e pelo Centro Regional de Coimbra do IPOFG.

Para que este estudo venha a ser realizado no Centro Regional de Coimbra do IPOFG, será necessário o envio do projecto em conjunto com uma carta explicativa do estudo (Apêndice III) para o Presidente do Conselho de Administração da referida instituição. O projecto será submetido a uma avaliação por parte do Gabinete de Estudos Clínicos e do Conselho de Ética da mesma instituição.

O estudo será constituído por duas fases distintas: a fase de recolha dos dados e fase de tratamento estatístico dos dados recolhidos, com a consequente ilação dos mesmos.

5.2 Procedimentos relativos à recolha dos dados

Quanto à recolha dos dados propriamente dita, inicialmente será explicado, aos potenciais elementos da amostra, o intuito do estudo e esclarecido que a decisão de participar será

exclusivamente tomada por ele de forma voluntária e que o facto de não consentir a sua participação não trará quaisquer prejuízos na qualidade dos serviços prestados. Este esclarecimento será efectuado verbalmente e através de um termo informativo (Apêndice IV). Após a informação sobre o estudo, e no caso de o utente consentir a sua participação no mesmo, será facultado o termo de consentimento (Apêndice IV), previamente elaborado para o efeito, o qual o utente assinará de livre e espontânea vontade.

A recolha dos dados será realizada na mesma instituição, em quatro momentos:

- Grupo de Controlo – Os dados serão recolhidos no Centro Regional de Coimbra do IPOFG, 3 a 4 semanas após a cirurgia, 3 meses, 6 meses e 9 meses após a cirurgia;
- Grupo experimental - Os dados serão recolhidos no Centro Regional de Coimbra do IPOFG, 3 a 4 semanas após a cirurgia, 3 meses, 6 meses e 9 meses após cirurgia.

5.3 Procedimento Experimental

No grupo experimental os sujeitos serão submetidos a tratamentos de fisioterapia individual e de grupo até à obtenção da funcionalidade normal, ou até ao fim da radioterapia. A fisioterapia iniciará o seu apoio 24 horas após a cirurgia, com um programa de exercícios e prevenção de linfedema e infecções subcutâneas. Os tratamentos individuais de fisioterapia terão início 3 semanas após a cirurgia. Ao longo dos tratamentos de RT o grupo realizará exercícios de grupo.

5.4 Procedimento no Grupo de Controlo

No grupo de controlo os sujeitos não são submetidos a tratamentos de fisioterapia. Serão dadas informações sobre prevenção de linfedema e infecções subcutâneas nas 24 horas após a cirurgia.

5.5 Quantificação da Melhoria em Função da Fisioterapia

A quantificação da melhoria será feita tendo em conta dois parâmetros:

- Taxa de Variação da Média

Para o cálculo da taxa de variação média será usada uma fórmula cujo resultado dará o valor da melhoria percentual.

$$\text{Taxa de Variação da Média} = \frac{2^{\text{a}} \text{ avaliação} - 1^{\text{a}} \text{ avaliação}}{1^{\text{a}} \text{ avaliação}} \times 100$$

- **Classificação da Diferença Média Absoluta Antes e Após a Fisioterapia**

Segundo Lydic e Epstein (1993) citados por Fayers et al. (2001) o facto de existir uma diferença estatisticamente significativa não implica que necessariamente a nível clínico exista uma diferença significativa. Desta forma procederemos à avaliação dos resultados tendo em conta o conceito de “Diferença Mínima Clinicamente Relevante” (Osoba et al. 1998, citado por Fayers et al., 2001), segundo o qual alterações nos scores das escalas funcionais e de sintomas:

- De 5 a 10 pontos referem melhoria ou agravamento ligeiro a nível clínico;
- De 10 a 20 pontos referem melhoria ou agravamento moderado a nível clínico;
- Em mais de 20 pontos referem melhoria ou agravamento significativo a nível clínico.

Para uma interpretação dos resultados a partir do conceito de “Diferença Mínima Clinicamente Relevante”, serão apresentados os valores médios para as escalas funcionais e de sintomas, obtidos nos dois momentos de avaliação. Posteriormente será analisada a diferença das médias, de forma a estabelecer uma relação com a melhoria clínica.

5.6 Estudo Piloto

Nota Preliminar:

A realização do estudo piloto terá por objectivo:

- Retirar algumas conclusões sobre a aplicabilidade do instrumento de medida;
- Retirar algumas conclusões sobre os tempos definidos para a recolha de dados;

- Perceber as características sociodemográficas e clínicas da amostra (grupo experimental) com o intuito de tornar viável o emparelhamento do grupo de controlo;
- Obter informação que possa responder às questões de investigação levantadas. As questões de investigação apresentadas no início deste trabalho serão as utilizadas neste estudo piloto.

Tendo em conta que um dos factores de limitação ao estudo é o tempo, e sabendo que na instituição na qual trabalha o investigador todas as mulheres com cancro da mama recebem o apoio por parte da fisioterapia, torna-se por razões de natureza ética impossível reproduzir na íntegra a metodologia proposta. Desta forma neste estudo piloto será aplicada outra metodologia, na qual não será contemplado um grupo de controlo. De seguida faremos referência à metodologia utilizada no estudo piloto.

5.6.1 Tipo de Estudo

Desenho Pré-experimental (este desenho não possibilita retirar relação de causa efeito).

“One-Group Pretest-Posttest design”

O desenho do estudo é representado pelo diagrama:

O1 X O2

Nestes estudos é realizada uma primeira observação da variável dependente (pré-teste), a que se segue a aplicação de um dado “tratamento” X , e por último volta a ser observada a variável dependente (pós-teste) (Carmo & Ferreira, 1998; Fortin, 2003; Lopes & Pereira, 2004).

Após a realização da primeira avaliação todos os elementos da amostra foram submetidos a tratamentos de fisioterapia, sendo realizada uma segunda avaliação no momento da alta do tratamento individual de fisioterapia.

5.6.2 Variáveis

- Independente

Técnicas de Fisioterapia aplicadas na reabilitação da mulher com cancro da mama.

- Dependente

As dimensões do bem-estar físico e actividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas.

A operacionalização das variáveis é idêntica à proposta anteriormente.

5.6.3 **Unidade de Análise / População**

- População

A população do presente estudo abrange mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas.

- Sub-população

A sub-população é constituída por mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas, seguidas no IPOFG de Lisboa.

- Amostra

De uma potencial amostra de 42 indivíduos, que cumpriam os requisitos para serem seleccionados para o estudo e a quem foi aplicado um primeiro momento de avaliação, houve 7 indivíduos que não realizaram o 2º momento de avaliação (um elemento teve o aparecimento de metástases precocemente e 6 não efectuaram a entrega do questionário no momento da alta da fisioterapia). Tendo a amostra final sido constituída por 35 indivíduos.

A amostra do estudo piloto foi constituída por um grupo de 35 mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas seguidas no IPOFG de Lisboa, no período de 17 de Dezembro de 2009 a 30 de Abril de 2010.

5.6.4 **Métodos e Técnicas de Recolha de Dados (instrumento)**

- a) Inquérito por questionário – No presente estudo utilizámos como instrumento de medida da qualidade de vida da mulher com cancro da mama, um questionário desenvolvido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer

(EORTC), o questionário EORTC QLQ – 30 e o seu questionário complementar (específico para cancro da mama) EORTC QLQ – 23 (Anexo I) .

- b) Foram também recolhidas informações sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, profissão) e clínicas (tipo de cirurgia, outras terapias oncológicas realizadas. Para o efeito foi construído um questionário (Apêndice II) que foi respondido na continuidade dos anteriores.

5.6.5 Procedimentos / Recolha de dados

O estudo Piloto foi realizado no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do IPOFG de Lisboa. Tendo em conta que a recolha de dados se inclui na elaboração de um trabalho académico e partindo do princípio que existe um tempo limite para a realização do mesmo, optou-se pela recolha de dados anónimos. Desta forma foi pedido a duas fisioterapeutas que incluíssem na avaliação clínica das doentes com cancro da mama a entrega de um questionário (EORTC QLQ – 30 e o seu questionário complementar EORTC QLQ – 23 / Informações sociodemográficas e clínicas). Os questionários foram codificados, não permitindo a identificação das doentes. O investigador não teve nenhum contacto com as doentes avaliadas. Os dados foram recolhidos no início da fisioterapia e no momento da alta do tratamento individual de fisioterapia. Entre avaliações, as doentes foram submetidas a tratamentos específicos de fisioterapia na reabilitação funcional da mulher com cancro da mama.

A quantificação da melhoria em função da fisioterapia será feita tendo em conta a taxa de variação da média e a classificação da diferença média absoluta antes e após a fisioterapia (consultar o ponto 5.5 da metodologia).

5.6.6 Tratamento de dados do Estudo Piloto

Utilizou-se a estatística descritiva para a caracterização da amostra, tendo-se recorrido a estatística inferencial para testar as questões de investigação.

Na estatística inferencial utilizaram-se maioritariamente testes paramétricos devido ao facto de os instrumentos de medida utilizados nos fornecerem um nível de medida métrico, e sempre que as variáveis apresentaram uma distribuição normal. Os testes usados foram:

- **Teste t de Student para Amostras Dependentes:** teste paramétrico que permite inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas (Gageiro & Pestana, 2005). Utilizou-se este teste para averiguar a existência de diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação (antes e depois da fisioterapia) nas escalas da QLQ-C30 e QLQ-BR23;
- **Teste t de Student para Amostras Independentes:** Teste Paramétrico que se aplica sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos. O teste t de student pressupõe a normalidade em amostras de dimensão inferior ou igual a 30, quando as amostras são ambas de dimensão superior a 30, a distribuição aproxima-se da distribuição normal (Gageiro & Pestana, 2005). Utilizou-se este teste quando se comparou dois grupos como por exemplo mulheres que fizeram Mastectomia versus mulheres que fizeram cirurgia conservadora ou mulheres sem terapias oncológicas no decorrer da fisioterapia versus mulheres com terapias oncológicas no decorrer da fisioterapia, nas escalas QLQ;
- **Teste Mann-Whitney:** este teste não paramétrico permite comparar dois grupos numa variável dependente com escala ordinal ou numa variável dependente com escala quantitativa em situações em que não se verifica a existência de normalidade em pelo menos um dos grupos. Utilizou-se este teste para comparar dois grupos: sem terapia oncológica antes da cirurgia versus com terapia oncológica antes da cirurgia na escala PF (função física) da QLQ (dado não haver normalidade em ambos os grupos).

O nível de significância utilizado no estudo foi de 5 % tendo-se recorrido a software específico (SPSS, versão 17).

Capítulo V: Apresentação de Resultados do Estudo Piloto

Nota Preliminar: Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos no estudo piloto, tendo-se optado também por fazer referência aos valores anunciados pelo Manual de Valores de referência da EORTC (Scott et al., 2007) para o Cancro da Mama (para todas as classes etárias). Será realizada a caracterização da amostra, serão apresentados os resultados obtidos para os diferentes parâmetros em estudo e por fim serão comparados esses valores com os valores de referência da EORTC.

Inicialmente serão descritas as variáveis de caracterização da amostra, sendo essas variáveis a idade, tipo de cirurgia, escolaridade, estado civil, terapias oncológicas realizadas antes da cirurgia e terapias oncológicas a realizar após a cirurgia.

A amostra foi constituída por 35 sujeitos, todos do sexo feminino, apresentando um intervalo de idades compreendido entre os 29 e os 83 anos, com uma média de idades de 55 anos.

Das 35 mulheres, 13 foram submetidas a uma mastectomia e 22 foram submetidas a uma cirurgia conservadora.

No parâmetro “estado civil”, podemos verificar que 17 mulheres eram casadas, 6 solteiras, 4 divorciadas, 6 viúvas e 2 em união de facto.

Sobre a “escolaridade”, 11 mulheres tinham a frequência de 1 – 4 anos de escolaridade, 1 mulher a frequência de 5-6 anos de escolaridade, 9 mulheres a frequência de 7 – 9 anos de escolaridade, 6 mulheres a frequência de 10 – 12 anos de escolaridade e 8 mulheres tinham uma frequência superior a 12 anos de escolaridade.

Relativamente ao parâmetro “terapias oncológicas realizadas antes da cirurgia” a amostra apresentou 16 sujeitos que não realizaram qualquer tipo de terapia oncológica antes da cirurgia, 13 realizaram QT antes da cirurgia, 3 realizaram hormonoterapia antes da cirurgia, 3 realizaram QT+HT antes da cirurgia.

Em relação ao parâmetro “terapias oncológicas a realizar após a cirurgia” a amostra apresentou 3 sujeitos que serão submetidos somente a RT, 2 sujeitos serão submetidos somente a QT, 2 sujeitos serão submetidos somente a HT, 11 sujeitos serão submetidos a QT + RT, 5 serão submetidos a HT + RT, 9 Serão submetidos a QT + RT+ HT, 3 Serão submetidos a QT +HT.

De seguida serão apresentados os resultados dos parâmetros em estudo, seguindo a ordem das questões de investigação levantadas.

Parâmetro “ Diferenças no Estado de Saúde Global entre mulheres submetidas a uma cirurgia radical ou conservadora, no início da fisioterapia”:

Como se tratam de amostras independentes, com um n° inferior a 30 indivíduos (grupo pequeno), verificou-se inicialmente se existia uma distribuição normal. Utilizou-se o teste de Shapiro – Wilk (critério $p > 0.10$). Como existe normalidade pode ser aplicado um teste paramétrico para amostras independentes, T-student.

No início da fisioterapia, não existe uma diferença estatisticamente significativa entre o Estado de Saúde Global (Quadro 4) das mulheres submetidas a uma mastectomia e mulheres submetidas a uma cirurgia conservadora. O valor médio para o parâmetro “Estado de Saúde Global” das mulheres submetidas a mastectomia e mulheres submetidas a cirurgia conservadora é próximo, o que está de acordo com o facto de não haver uma diferença significativa a nível estatístico.

Quadro 4 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores do Estado de Saúde Global no início da fisioterapia, assim como o valor de significância

	Mastectomia (n = 13)	Cirurgia Conservadora (n = 22)	T Student para amostras independentes
Estado de Saúde Global	Média = 52,64 DP= 13,34	Média = 49,62 DP= 21,89	T (33) = 0,437 p= 0,666

Parâmetro “Influência da aplicação de terapias oncológicas (radioterapia / quimioterapia / hormonoterapia) antes da cirurgia, no Estado de Saúde Global da mulher com cancro da mama, no momento de início da fisioterapia”:

Como se tratam de amostras independentes, com um nº inferior a 30 indivíduos (grupo pequeno), verificou-se inicialmente se existia uma distribuição normal. Utilizou-se o teste de Shapiro – Wilk (critério $p > 0.10$). Como se pode assumir a normalidade será aplicado um teste paramétrico para amostras independentes, T-student.

Não existem diferenças significativas entre o Estado de Saúde global das mulheres submetidas a terapias oncológicas antes da cirurgia versus mulheres não submetidas a terapias oncológicas antes da cirurgia (Quadro 5), no momento do início da fisioterapia.

Quadro 5 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores do Estado de Saúde Global no início da fisioterapia, dos sujeitos sem terapias oncológicas antes da cirurgia e dos sujeitos com terapias oncológicas antes da cirurgia, assim como o valor de significância

	Sem Terapias oncológicas antes da Cirurgia n = 16	Com Terapias oncológicas antes da Cirurgia n = 19	T Student para amostras independentes
Estado de Saúde Global	Média = 67,7083 DP = 28,198	Média = 67,1053 DP = 22,47661	T (33) = 0,437 p = 0,944

O valor médio para o parâmetro “Estado de Saúde Global” das mulheres submetidas a terapias oncológicas antes da cirurgia e das mulheres sem terapias oncológicas antes da cirurgia é muito próximo, o que está de acordo com o facto de não haver uma diferença significativa a nível estatístico.

Parâmetro “Função Física das mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas versus Função Física das mulheres somente submetidas a cirurgia a cancro da mama, no início da fisioterapia”:

Como se tratam de amostras independentes, com um nº inferior a 30 indivíduos (grupo pequeno), verificou-se inicialmente se existia uma distribuição normal. Utilizou-se o teste de Kolmogorov–Smirnov e o teste Shapiro–Wilk (critério $p > 0.10$). Como não existe normalidade foi aplicado um teste não paramétrico para amostras independentes, Teste de Mann-Whitney.

Não existem diferenças com significado estatístico entre os valores da Função Física (Quadro 6) das mulheres submetidas a terapias oncológicas antes da cirurgia e das mulheres que não

foram submetidas a terapias oncológicas antes da cirurgia, no momento de início da fisioterapia.

O valor médio do parâmetro “Função Física” das mulheres submetidas a terapias oncológicas antes da cirurgia e das mulheres sem terapias oncológicas antes da cirurgia, no início da fisioterapia, é próximo, o que está de acordo com o facto de não haver uma diferença significativa a nível estatístico.

Quadro 6 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores da Função Física, no início da fisioterapia, dos sujeitos sem terapias oncológicas antes da cirurgia e dos sujeitos com terapias oncológicas antes da cirurgia, assim como o valor de significância

	Sem Terapias oncológicas antes da Cirurgia n = 16	Com Terapias oncológicas antes da Cirurgia n = 19	Mann – Whitney Teste
Função Física	Média = 78,750 DP = 20,10620	Média = 72,2807 DP = 23,33473	U = 131,00 p = 0,482

Parâmetro “Função Física na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas, antes e após a realização de fisioterapia”:

Não se analisou a normalidade porque o n é > que 30, sendo aplicável o teorema do limite central.

Existem diferenças estatisticamente significativas (p = 0,001) para os valores da variável Função Física (Quadro 7), nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas, quando comparados os valores antes e após a realização de fisioterapia.

Quadro 7 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores da Escala Funcional Física, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como taxa de variação média, a diferença de médias e o valor de significância

n = 35	Antes da Fisioterapia	Após a Fisioterapia	T student para amostras dependentes
Função Física	Média = 75,23 DP = 21,84	Média = 87,23 DP = 14,49 Taxa de Variação Média = 16%	Diferença de Médias= 12 t (34) = -3,700 p = 0,001

Ao avaliar a Taxa de Variação Média para parâmetro “Função Física”, podemos verificar que ocorreu uma melhoria de 16%, o que poderá ser um indicador da influência da fisioterapia nesta escala funcional, nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas.

Parâmetro “Actividades Quotidianas na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas, antes e após a realização de fisioterapia”:

Não se analisou a normalidade porque o $n > 30$, sendo aplicável o teorema do limite central.

Existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) para os valores da variável Actividades Quotidianas (Quadro 8), nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas, quando comparados os valores antes e após a realização de fisioterapia.

Quadro 8 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores das Actividades Quotidianas, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como a taxa de variação média, a diferença de médias e o valor de significância

n = 35	Antes da Fisioterapia	Após a Fisioterapia	T student para amostras dependentes
Actividades Quotidianas	Média = 44,76 DP = 30,18	Média = 84,287 DP = 22, 84 Taxa de Variação Média = 88%	Diferença de Médias= 39,52 $t(34) = -7,062$ $p = 0,000$

Ao avaliar a Taxa de Variação Média para o parâmetro “Actividades Quotidianas”, podemos verificar que ocorreu uma melhoria de 88%, o que poderá ser um indicador de que a fisioterapia tem influência na melhoria das actividades quotidianas das mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas.

Parâmetro “Bem-Estar Psicológico na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas, antes e após a realização de fisioterapia”:

Na operacionalização desta variável, foi definido que o bem-estar psicológico teria como indicador uma escala funcional emocional e uma escala funcional sobre a imagem corporal. Sendo apresentados os resultados em quadros separados.

Existe uma diferença com significado estatístico para os valores da Função Emocional (Quadro 9) nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas, quando comparados os valores antes e após a realização de fisioterapia, havendo uma melhoria neste parâmetro.

Quadro 9 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores da Escala Funcional Emocional, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como a taxa de variação média, a diferença de médias e o valor de significância

n = 35	Antes da Fisioterapia	Após a Fisioterapia	T student para amostras dependentes
Escala Funcional Emocional	Média = 66,90 DP = 30,41	Média = 75,47 DP = 25,32 Taxa de Variação Média = 13%	Diferença de Médias = 8,57 t (34) = -2,249 p = 0,031

Ao avaliar a Taxa de Variação Média para o parâmetro “Escala Funcional Emocional”, podemos verificar que ocorreu uma melhoria de 13%, o que poderá ser um indicador de que a fisioterapia tem influência na melhoria da função emocional das mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas.

Existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,018$) para os valores da variável Imagem Corporal (Quadro 10), nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas, quando comparados os valores antes e após a realização de fisioterapia, tendo a média deste parâmetro subido significativamente após a fisioterapia.

Ao avaliar a Taxa de Variação Média para o parâmetro “Escala Funcional Imagem Corporal”, podemos verificar que ocorreu uma melhoria de 19%, o que poderá ser um indicador de que a fisioterapia tem influência na melhoria da imagem corporal das mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas.

Quadro 10 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores da Escala Funcional Imagem Corporal, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como a taxa de variação média, a diferença de médias e o valor de significância

n = 35	Antes da Fisioterapia	Após a Fisioterapia	T student para amostras dependentes
Escala Funcional Imagem Corporal	Média = 67,38 DP = 24,86	Média = 80 DP = 23,93 Taxa de Variação Média = 19%	Diferença de Médias = 12,61 t (34) = -2,477 p = 0,018

Parâmetro “Bem-Estar Social na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas, antes e após a realização de fisioterapia”:

Existe uma diferença com significado estatístico ($p = 0,002$) entre os valores da Função Social (Quadro 11), registados antes e após a realização de fisioterapia, nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas, registando-se uma melhoria estatisticamente significativa neste parâmetro.

Ao avaliar a Taxa de Variação Média para o parâmetro “Escala Funcional Social”, podemos verificar que ocorreu uma melhoria de 25%, o que poderá ser um indicador de que a fisioterapia tem influência na melhoria da função social das mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas.

Quadro 11 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores da Escala Funcional Social, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como a taxa de variação média, a diferença de médias e o valor de significância

n = 35	Antes da Fisioterapia	Após a Fisioterapia	T student para amostras dependentes
Escala Funcional Social	Média = 64,28 DP = 32,62	Média = 80,47 DP = 28,14 Taxa de Variação Média = 25%	Diferença de Médias = 16,19 t (34) = -3,33 p = 0,002

Parâmetro “Estado de Saúde Global na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas, antes e após a realização de fisioterapia”:

Não se analisou a normalidade porque o N é > que 30, sendo aplicável o teorema do limite central.

Existe uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$) para os valores da variável Estado de Saúde Global (Quadro 12) nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas, quando comparados os valores antes e após a realização de fisioterapia, registando-se uma melhoria estatisticamente significativa neste parâmetro.

Quadro 12 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores do Estado de Saúde Global, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim a taxa de variação média, a diferença de médias e o valor de significância

n = 35	Antes da Fisioterapia	Após a Fisioterapia	T student para amostras dependentes
Estado de Saúde Global	Média = 50,71 DP = 18,99	Média = 65,71 DP = 22,30 Taxa de Variação Média = 29%	Diferença de Médias = 15,00 $t(34) = -3,71$ $p = 0,001$

Ao avaliar a Taxa de Variação Média para o parâmetro “Estado de Saúde Global”, podemos verificar que ocorreu uma melhoria de 29%, o que poderá ser um indicador de que a fisioterapia tem influência na melhoria do estado de saúde global das mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas.

Parâmetro “Influência das terapias oncológicas nos resultados obtidos pela fisioterapia ao nível do Estado de Saúde Global, nas mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama”:

Comprovou-se através dos testes de normalidade a existência de uma distribuição normal no grupo de mulheres sem terapia oncológicas no decorrer da fisioterapia ($n=9$) e no grupo que teve essas terapias oncológicas ($n=26$). Para o efeito utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk

(critério $p > 0.10$). Pelo que para se efectuar uma análise intra-grupal comparando os dois momentos de avaliação (antes e depois da fisioterapia) utilizou-se o teste paramétrico t-student para amostras dependentes.

Existiu uma diferença estatisticamente significativa no Estado de Saúde Global das mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama; independentemente de estarem ($p = 0,014$) ou não ($p = 0,011$) a realizar tratamentos com terapias oncológicas no decorrer dos tratamentos de fisioterapia, sendo a saúde global significativamente mais elevada depois da fisioterapia (Quadro 13).

Ao comparar a Taxa de Variação Média para o parâmetro “Estado de Saúde Global”, das mulheres que receberam terapias oncológicas no decorrer da fisioterapia (28 %) versus mulheres que não receberam terapias oncológicas no decorrer da fisioterapia (31%), verificamos que os valores são muito próximos e que ambos os grupos melhoraram, o que poderá ser um indicador de que a fisioterapia tem influência na melhoria do estado de saúde global das mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama independentemente de estas serem submetidas a outras terapias oncológicas.

Quadro 13 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores do Estado de Saúde Global, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, para mulheres submetidas a outras terapias oncológicas no decorrer da fisioterapia e para mulheres não submetidas a terapias oncológicas no decorrer da fisioterapia, assim como a taxa de variação média e o valor de significância

	Antes da Fisioterapia $n = 9$	Após a Fisioterapia $n = 9$	T Student para amostras dependentes
Estado de Saúde Global (mulheres sem terapias oncológicas no decorrer da fisioterapia)	Média = 53,70	Média = 71,29	T (8) = -3,12
	DP = 25,03	DP = 13,88	p = 0,014
		Taxa de Variação Média = 31%	
	Antes da Fisioterapia $n = 26$	Após a Fisioterapia $n = 26$	T Student para amostras dependentes
Estado de Saúde Global (mulheres com terapias oncológicas no decorrer da fisioterapia)	Média = 49,67	Média = 63,67	T (8) = -2,75
	DP = 16,91	DP = 24,48	p = 0,011
		Taxa de Variação Média = 28%	

Parâmetro “Escala de sintomas – Dor, na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas, antes e após a realização de fisioterapia”:

Pontuações elevadas para a escala de sintomas e itens isolados representam um nível elevado de sintomatologia (Fayers et al., 2001).

Existiu uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,032$) para os valores da variável Escala de sintomas / Dor (Quadro 14) nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas, quando comparados os valores antes e após a realização de fisioterapia, havendo uma redução de sintomas neste parâmetro.

Ao avaliar a Taxa de Variação Média para o parâmetro “Escala de Sintomas Dor”, podemos verificar que ocorreu uma melhoria de 36%, o que poderá ser um indicador de que a fisioterapia tem influência na melhoria da dor das mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas.

Quadro 14 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores da Escala de Sintomas - Dor, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como a taxa de variação média, a diferença de médias e o valor de significância

n = 35	Antes da Fisioterapia	Após a Fisioterapia	T student para amostras dependentes
Escala de sintomas Dor	Média = 33,80	Média = 21,42	Diferença de Médias = -12,38
	DP = 30,64	DP = 27,58	t (34) = 2,242
		Taxa de Variação Média = - 36%	p = 0,032

Parâmetro “Sintomas relacionados com o membro superior (dificuldade em mobilizar, edema e dor), na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas, antes e após a realização de fisioterapia”:

Existe uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) para os valores da variável Sintomas (Quadro 15) relacionados com o membro superior (dificuldade em mobilizar, edema e dor), nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas,

quando comparados os valores antes e após a realização de fisioterapia, havendo uma redução nestes sintomas.

Avaliando a Taxa de Variação Média para o parâmetro “Escala de Sintomas Relacionados com o Membro Superior”, podemos verificar que ocorreu uma melhoria de 78%, o que poderá ser um indicador de que a fisioterapia tem influência na melhoria dos sintomas relacionados com o membro superior das mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas.

Quadro 15 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores da escala de sintomas relacionados com o membro superior, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como a taxa de variação média, a diferença de médias e o valor de significância

n = 35	Antes da Fisioterapia	Após a Fisioterapia	T student para amostras dependentes
Escala de sintomas Relacionados com o membro superior	Média = 44,76	Média = 9,84	Diferença de Médias= -34,92
	DP = 21,13	DP = 10,00	t (34) = 9,804
		Taxa de Variação Média = - 78%	p = 0,000

Parâmetro “Sintomas relacionados com a zona da cirurgia a cancro da mama (dores no local, edema, sensibilidade, alterações cutâneas), na mulher submetida a cirurgia por cancro da mama e a outras terapias oncológicas, antes e após a realização de fisioterapia”:

Não se analisou a normalidade porque o n é > que 30, sendo aplicável o teorema do limite central.

Existe uma diferença com significado estatístico ($p < 0,001$) entre os valores da Escala de sintomas relacionados com o local da cirurgia (Quadro 16), registados antes e após a realização de fisioterapia, nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas, havendo uma diminuição significativa dos sintomas neste parâmetro.

Quadro 16 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores da Escala de Sintomas Relacionados com o Local da Cirurgia, avaliados antes e depois do tratamento por fisioterapia, assim como a taxa de variação média, a diferença de médias e o valor de significância

n = 35	Antes da Fisioterapia	Após a Fisioterapia	T student para amostras dependentes
Escala de sintomas Relacionados com o local de cirurgia	Média = 26,42 DP = 20,85	Média = 7,38 DP = 7,22 Taxa de Variação Média = - 72%	Diferença de Médias= -19,04 t (34) = 5,164 p = 0,000

Avaliando a Taxa de Variação Média para o parâmetro “Escala de Sintomas Relacionados com o Local da Cirurgia”, podemos verificar que ocorreu uma melhoria de 72%, o que poderá ser um indicador de que a fisioterapia tem influência na melhoria dos sintomas relacionados com o local da cirurgia nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas.

A análise da Figura 1 permite verificar a melhoria existente entre os valores das escalas funcionais de Estado de Saúde Global (QoL 2), Função Física (PF2), Função Emocional (EF), Função Ocupacional (RF2) e Função Social (SF), registados antes e após a realização de fisioterapia, nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas. Registando-se uma melhoria estatisticamente significativa nestes parâmetros.

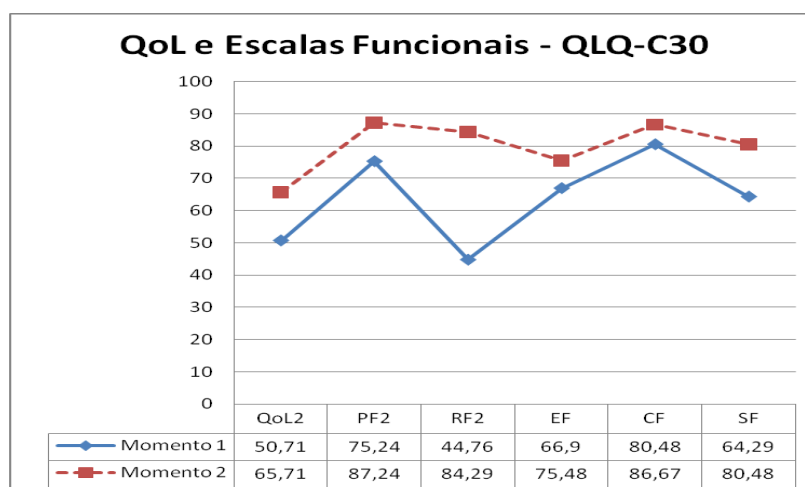


Figura 1. Valores da QoL e escalas funcionais para o 1º e 2º momento de avaliação.

A análise da Figura 2 permite verificar a melhoria existente entre os valores das escalas de sintomas relacionados com o Membro Superior (BRAS) e relacionados com o Local da Cirurgia (BRBS), registados antes e após a realização de fisioterapia, nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas. Registando-se uma melhoria estatisticamente significativa nestes parâmetros.

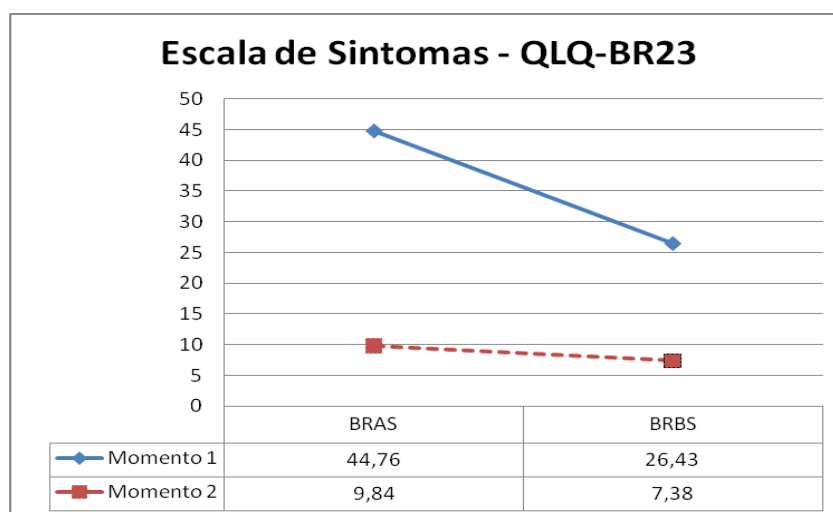


Figura 2. Valores das escalas de sintomas relacionados com o Membro Superior e com o Local de Cirurgia para o 1º e 2º momento de avaliação.

O Quadro 17 permite analisar de uma forma resumida os valores dos diferentes parâmetros em estudo, obtidos na 1ª e 2ª avaliação, assim como a taxa de variação média entre esses momentos de avaliação. Podemos constatar que no 2º momento de avaliação existe uma melhoria de todas as escalas funcionais e de sintomas. Todas as escalas funcionais apresentaram valores médios mais altos, compatíveis com uma melhor função. As escalas de sintomas apresentaram valores médios mais baixos, compatíveis com uma redução dos sintomas.

A análise do Quadro 17 permite interpretar a melhoria a partir do conceito de “Diferença Mínima Clinicamente Relevante.” Todos os parâmetros apresentam uma melhoria a nível clínico.

Quadro 17 - Médias, diferenças de médias, taxa de variação média e valor de significância, para os parâmetros em estudo, no 1º e 2º momento de avaliação

	Estudo Piloto 1ª Avaliação (Antes da fisioterapia)	Estudo Piloto 2ª Avaliação (Após a fisioterapia)	Diferença de médias	Taxa de Variação Média	Valor de p
Estado de Saúde Global	Média = 50.71	Média = 65.71	15	29%	0,001
Função Física	Média = 75,23	Média = 87,23	12	16%	0,001
Função Ocupacional	Média = 44.76	Média = 84.28	39,52	88%	0,000
Função emocional	Média = 66.9	Média = 75.47	8,57	13%	0,031
Função social	Média = 64.28	Média = 80.47	16,19	25%	0,002
Escala S. Dor	Média = 33.80	Média = 21.42	-12	-36%	0,032
Escala F. Imagem Corporal	Média = 67.38	Média = 80.00	12,61	19%	0,018
Escala S. Membro superior	Média = 44.76	Média = 9.84	-34	-78%	0,000
Escala S. Local da cirurgia	Média = 26.42	Média = 7.38	-19,04	-72%	0,000

No Quadro 18 são apresentados os valores de referência da EORTC para as escalas funcionais e de sintomas para todos os escalões etários no cancro da mama. São novamente apresentados os valores obtidos, na 1ª e 2ª avaliação do estudo, para as escalas funcionais e de sintomas.

Ao comparar os valores médios dos parâmetros obtidos na 1ª avaliação com os valores de referência da EORTC, verificamos que os mesmos são inferiores para as escalas funcionais (compatível com pior função) e superiores para as escalas de sintomas (compatível com agravamento dos sintomas). Quando comparamos os valores da 2ª avaliação com os valores de referência da EORTC, constatamos que os mesmos são superiores em quase todas as escalas funcionais (melhor função) e inferiores para as escalas de sintomas (melhoria dos sintomas).

Quadro 18 - Médias e desvio padrão (DP) dos valores de referência da EORTC e dos momentos de avaliação 1 e 2 do estudo piloto, para escalas funcionais e de sintomas do questionário EORTC QLQ – C30 e QLQ – BR23

	Valores de referência da EORTC (Cancro da Mama para todos os escalões etários)	Estudo Piloto 1ª Avaliação (Antes da fisioterapia)	Estudo Piloto 2ª Avaliação (Após a fisioterapia)
Estado de Saúde Global	Média = 61.8	Média = 50.71	Média = 65.71
Função Física	Média = 78.4	Média = 75,23	Média = 87,23
Função Ocupacional	Média = 70.9	Média = 44.76	Média = 84.28
Função emocional	Média = 68.6	Média = 66.9	Média = 75.47
Função social	Média = 77.0	Média = 64.28	Média = 80.47
Escala S. Dor	Média = 28,7	Média = 33.80	Média = 21.42
Escala F. Imagem Corporal	Média = 82.7	Média = 67.38	Média = 80.00
Escala S. Membro superior	Média = 16.2	Média = 44.76	Média = 9.84
Escala S. Local da cirurgia	Média = 18.7	Média = 26.42	Média = 7.38

Avaliando a Taxa de Variação Média entre os valores de referência da EORTC e o 2º momento de avaliação podemos verificar que existe uma melhoria em quase todas as escalas funcionais, existindo apenas um valor pior para a imagem corporal. Verificamos que os valores são compatíveis com uma melhoria em todas as escalas de sintomas (Quadro 19).

Quadro 19 - Valores de referência da EORTC, valores do 2º momento de avaliação e a taxa de variação média

	Valores de referência da EORTC (Cancro da Mama para todos os escalões etários)	Estudo Piloto 2ª Avaliação (Após a fisioterapia)	Taxa de Variação Média
Estado de Saúde Global	Média = 61.8	Média = 65.71	6,3%
Função Física	Média = 78.4	Média = 87,23	11,2%
Função Ocupacional	Média = 70.9	Média = 84.28	18,8%
Função emocional	Média = 68.6	Média = 75.47	10%
Função social	Média = 77.0	Média = 80.47	4,5%
Escala S. Dor	Média = 28,7	Média = 21.42	- 2,5%
Escala F. Imagem Corporal	Média = 82.7	Média = 80.00	- 3,2%
Escala S. Membro superior	Média = 16.2	Média = 9.84	- 39,2%
Escala S. Local da cirurgia	Média = 18.7	Média = 7.38	- 60,5%

Capítulo VI: Discussão dos Resultados do Estudo Piloto

Nota preliminar: Neste capítulo será feita a interpretação dos resultados obtidos no estudo piloto; através da quantificação da melhoria em função da fisioterapia (taxa de variação média e classificação da diferença média absoluta antes e após a fisioterapia), realizando uma comparação entre os valores obtidos no estudo e os valores de referência da EORTC (Scoot et al., 2007) e realizando uma comparação com estudos anteriores.

A média de idades da amostra do nosso estudo (55 anos) coincide com o grupo etário (50 – 59 anos) com maior número de doentes nos valores de referência da EORTC (Scoot et al., 2007) para doentes com cancro da mama.

Analisando a taxa de variação média (entre a 1ª e 2ª avaliação do estudo piloto) para as escalas funcionais e escalas de sintomas, verificamos que ocorreu uma melhoria em todos os parâmetros em estudo, o que poderá ser um indicador de que a fisioterapia tem influência na melhoria do estado de saúde global, da função física, da função ocupacional, da função emocional, da função social, da dor, dos sintomas relacionados com o membro superior e dos sintomas relacionados com o local da cirurgia nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas.

Embora todos os valores dos parâmetros analisados apresentem diferenças significativas a nível estatístico, quando comparados os valores antes e após a realização de fisioterapia, a nível clínico (interpretação da melhoria a partir do conceito de “Diferença Mínima Clinicamente Relevante”) embora reflectam uma melhoria, poderemos especificar:

- Função emocional – Melhoria ligeira a nível clínico;
- Estado Global de Saúde, Função Física, Função Social, Sintoma de dor, Escala funcional de Imagem Corporal – Melhoria clínica moderada;
- Função Ocupacional, Escala de sintomas do membro superior, Escala de sintomas do local da cirurgia – Melhoria significativa a nível clínico.

Pelo facto de o desenho do estudo apresentado não recorrer a um grupo de controlo, não se poderão retirar ilações de causa efeito (Carmo et al., 1998; Fortin, 2003; Lopes et al., 2004).

Tentaremos desta forma realizar uma reflexão tendo como base os valores de referência da EORTC (Scoot et al., 2007). Os valores de referência existentes no manual da EORTC, são valores de base das escalas funcionais e escalas de sintomas obtidos num momento em que o doente ainda não foi submetido a nenhum tratamento por terapias oncológicas (cirurgia, RT, QT, HT e IT). Os resultados do nosso estudo são obtidos em momentos em que os doentes já foram submetidos a terapias oncológicas. Pensamos ser útil estabelecer uma comparação entre os valores anteriormente mencionados.

Consultando os valores dos parâmetros em estudo, podemos verificar que no 1º momento de avaliação do estudo piloto todos os scores médios das escalas funcionais e de sintomas são coincidentes com uma pior função e um agravamento dos sintomas, quando comparados com os valores de referência da EORTC. Podemos deduzir que as alterações de valores devem-se à aplicação de terapias oncológicas (cirurgia, quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia). Este facto vai de encontro ao resultado de estudos anteriores, em que foi provado que as terapias oncológicas levam a uma diminuição da QdV (Hack et al., 1999; Ganz et al., 2002; Voogd et al., 2003; Barranger et al., 2005; Rebelo et al., 2007; Montazeri, 2008).

Pensamos ser importante referir que os valores médios dos scores obtidos no 2º momento de avaliação do estudo piloto demonstram uma melhoria de todas as escalas funcionais e das escalas de sintomas (apresentando diferenças significativas a nível estatístico e melhoria a nível clínico), quando comparados com o 1º momento de avaliação.

Importa referir que os valores do 2º momento de avaliação do estudo piloto (obtidos após a realização de fisioterapia) apresentam valores melhores para as escalas funcionais e de sintomas quando comparados com os valores de referência da EORTC (valores obtidos num momento em que os doentes ainda não foram submetidos a terapias oncológicas). Existindo apenas uma excepção para um valor que corresponde a uma pior imagem corporal. Todavia o valor médio para a imagem corporal apresentado pela EORTC e o valor médio obtido no 2º momento da avaliação são muito próximos (diferença inferior a 5), não sendo interpretada a diferença como um agravamento a nível clínico. Sendo de realçar que os valores apresentados pela EORTC são obtidos antes do acto cirúrgico e os apresentados no 2º momento de avaliação são obtidos pós-cirurgia.

No estudo realizado, numa comparação feita sobre o parâmetro “Estado de Saúde Global”, no início da fisioterapia, entre mulheres submetidas a cirurgia e mulheres submetidas a cirurgia e a outras terapias oncológicas, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os valores encontrados. Este facto não se encontra em concordância com o estudo realizado por Ganz et al. (2002) em que se conclui que as mulheres submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas apresentam pior QdV quando comparadas a mulheres somente submetidas a cirurgia.

Observou-se uma melhoria no Estado de Saúde Global das mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama, quando comparados os valores da 1ª com a 2ª avaliação, independentemente destas serem ou não submetidas a terapias oncológicas no decorrer da fisioterapia. Na comparação (entre a 1ª e 2ª avaliação) dos valores obtidos para o Parâmetro “Estado de Saúde Global”, verificou-se existir uma diferença com significado estatístico. Este resultado vai de encontro ao de estudos anteriores, que concluíram que a fisioterapia tem um papel importante na melhoria da QdV global da mulher submetida a cirurgia a cancro da mama (Gordon et al., 2005; Moreira & Manaia, 2005; Beurskens et al., 2007).

No nosso estudo verificámos uma diferença significativa entre avaliações (1ª para a 2ª) para o parâmetro “Escala funcional ocupacional”. Este facto está em concordância com o estudo realizado por Gordon et al. (2005), em que conclui que a fisioterapia tem influência na melhoria funcional da mulher submetida a cirurgia a cancro da mama.

Verificámos uma diferença estatística significativa para os valores das variáveis “Escala de sintomas / Dor” e “Escala de sintomas relacionados com o membro superior” nas mulheres submetidas a cirurgia a cancro da mama e a outras terapias oncológicas, quando comparados os valores antes e após a realização de fisioterapia. Este facto está de acordo com estudos realizados anteriormente (Bendz & Olsen, 2002; Beurskens et al., 2007), em que concluem que a fisioterapia tem influência na redução da dor e na melhoria da função do membro superior, na mulher submetida a cirurgia a cancro da mama.

Em nossa opinião podem ser apontadas algumas limitações ao estudo:

- O desenho do Estudo. O desenho do estudo utilizado pelo facto de não recorrer a um grupo de controlo não permite retirar ilações de causa efeito;

- A dimensão da amostra. Pensamos que a amostra deveria ser constituída por um maior número de sujeitos, permitindo uma melhor comparação entre sujeitos submetidos a diferentes protocolos de terapias oncológicas;
- Momentos de avaliação. No estudo piloto realizaram-se apenas 2 momentos de avaliação, no início e na alta do tratamento individual de fisioterapia. O ideal seria realizar avaliações ao longo dos diferentes protocolos de terapias oncológicas a que a doente com cancro da mama é submetida. A limitação de tempo impediu que fossem realizados mais momentos de avaliação;
- O tempo estipulado para a recolha dos dados. A recolha de dados numa amostra maior e com mais momentos de avaliação implicaria mais tempo, tornando o estudo inviável por existirem prazos de natureza académica a cumprir.

Capítulo VII: Conclusão

Nota Preliminar:

A estrutura deste trabalho foge um pouco à estrutura clássica de um trabalho de investigação. Partindo deste pressuposto, neste capítulo, tecemos algumas considerações aos resultados do estudo piloto, efectuamos uma breve referência ao trabalho desenvolvido ao longo do Trabalho de Projecto e realizamos uma reflexão sobre os resultados esperados e as implicações futuras do estudo proposto.

A. Considerações Finais ao Estudo Piloto

A realização do estudo piloto teve por objectivo obter dados que permitissem melhorar a metodologia de investigação proposta e responder às questões de investigação levantadas. Na prática o estudo piloto permitiu retirar algumas conclusões que tiveram implicação na reestruturação da metodologia do estudo proposto. Faremos de seguida uma breve abordagem às suas conclusões.

Nas conclusões do estudo piloto abordaremos os objectivos a que o mesmo se propunha avaliar:

- Fiabilidade do instrumento de medida

O instrumento de medida proposto (questionário EORTC QLQ30 e BR23) mostrou ser de fácil aplicação, não tendo existido dificuldade por parte das doentes no seu preenchimento. Não houve problemas no cálculo dos scores e na sua interpretação;

- Momentos de avaliação

Na caracterização da amostra, é possível verificar que parte considerável das mulheres com cancro da mama será submetida a protocolos que se poderão prolongar por vários meses após a cirurgia (ex: QT+RT+HT). Esta realidade leva-nos a propor que sejam realizados vários momentos de avaliação, para que possam ser avaliadas as dimensões da QdV ao longo dos diferentes protocolos de tratamentos. Pensamos que o ideal seria a realização de 4 momentos

de avaliação (3 a 4 semanas após a cirurgia, 3 meses, 6 meses e 9 meses após cirurgia). Sugerimos também que o estudo proposto venha a ser realizado com uma amostra de maior dimensão para que uma comparação entre subgrupos seja feita com maior consistência a nível estatístico (ver na metodologia);

- Respostas às questões de investigação

No estudo piloto foram levantadas as mesmas questões de investigação propostas no estudo a desenvolver. Sendo um dos objectivos do estudo preliminar a recolha de informação que permitisse responder às questões de investigação.

O estudo piloto, como recorreu a uma metodologia pré experimental (ausência de grupo de controlo e apenas dois momentos de avaliação), não permite a consistência dos resultados. No entanto, os resultados obtidos podem constituir um indicador de que a fisioterapia tem influência nas diferentes dimensões da QdV da mulher com cancro da mama submetida a cirurgia e a outras terapias oncológicas, podendo constituir uma mais-valia para a qualidade do serviço prestado em oncologia.

B. Trabalho Desenvolvido ao Longo do Projecto

A elaboração do Trabalho de Projecto, constituindo um complemento à parte curricular do mestrado, pretende que sejam desenvolvidas competências na área da investigação. Ao longo deste projecto foram cumpridas todas as etapas de um processo de investigação, tendo sido colocado em campo um estudo piloto, que se revelou uma etapa importante na definição da metodologia tida como adequada para responder às questões de investigação levantadas. No final do Trabalho de Projecto pretende-se que possa ser colocada em campo a investigação proposta.

Em nossa opinião, este objectivo foi alcançado, pois houve a aquisição de conhecimentos na área da investigação que permitirão ao discente a realização de estudos no futuro.

C. Resultados Esperados e Suas Implicações Práticas

Em Portugal começa a existir uma preocupação com a qualidade do serviço prestado em oncologia. Exemplo dessa preocupação é a criação do documento “Requisitos para a

prestação de cuidados em oncologia” elaborado pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2009). Neste documento podemos constatar que a fisioterapia ainda não é tida como um elemento importante para a qualidade do serviço em oncologia, pois nunca é mencionada de forma explícita a necessidade da existência de fisioterapeutas nas unidades que tratam doentes oncológicos. Tal facto levou a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas a sugerir algumas alterações ao documento; contudo em nossa opinião essas sugestões não foram baseadas em evidência científica. No mundo actual, em que existe a necessidade de racionalizar as opções, é necessário que se decida com base no conhecimento. Para o efeito, será necessário desenvolver estudos que produzam essa mesma evidência.

Os resultados obtidos no estudo piloto constituem um indicador de que a fisioterapia pode ser uma mais-valia para a qualidade do serviço prestado em oncologia, no apoio à mulher com cancro da mama. Seria importante que o estudo proposto (estudo tido como adequado) fosse colocado em campo para que fossem obtidos resultados mais consistentes.

A evidência de que a fisioterapia tem influência na QdV da mulher com cancro da mama, e o facto de a QdV ser um indicador da qualidade do serviço prestado em oncologia, poderão constituir um agente facilitador para a mudança na gestão de recursos humanos em organizações de saúde com a valência de oncologia, levando a uma alteração dos padrões de prática na área da fisioterapia em oncologia em Portugal, que conduza a uma melhor qualidade do serviço prestado ao doente oncológico.

Capítulo VIII: Cronograma do Projecto de Investigação

O esquema que se segue representa um cronograma de actividades para a implementação do projecto de investigação proposto (Quadro 20).

Quadro 20 - Cronograma do projecto de investigação

	SET OUT NOV 2009	DEZ 2009	JAN 2010	FEV MAR ABR	MAI JUN	JUL AGO SET	OUT NOV DEZ	JAN FEV MAR 2011	ABR MAI JUN	JUL AGO SET	OUT	NOV	DEZ
Elaboração do Protocolo Relativo ao Trabalho de Projecto de Investigação													
Pesquisa Bibliográfica													
Procedimentos Formais													
Estudo Piloto													
Relatório do Estudo Piloto													
Recolha de Dados													
Tratamento e Análise dos Dados													
Relatório Final													



- Trabalho realizado



- Trabalho a realizar

Capítulo IX: Orçamento do Projecto de Investigação

Segundo Graça (2004) será importante na elaboração de um projecto de investigação fazer referência às despesas por rubricas e às fontes de financiamento. No Quadro 21 é apresentado o orçamento do projecto de investigação.

Quadro 21 - Orçamento do projecto de investigação

Recursos Financeiros			
Recursos Materiais	Quantidade	Valor unitário	Total
Resmas de papel	10	2 Euros	20 Euros
Tinteiros	4	20 Euros	80 Euros
Agrafos	4	2 Euros	8 Euros
Marquesas	2		
Roldanas	2		
Espelho	1		
Combustível	10 viagens Lisboa / Coimbra	50 Euros	500 Euros
Recursos Humanos			
Fisioterapeutas	2 x 15 meses	1020 Euros mês	30600 Euros
Valor Total Para Implementar			
O Projecto			31208 Euros

No presente projecto, e pelo facto de não existirem fisioterapeutas na instituição em que nos propomos realizar o estudo, partimos do princípio que seria feita uma proposta de financiamento à Liga Portuguesa Contra o Cancro Núcleo Centro, de forma a que fosse possível incluir 2 fisioterapeutas (com formação específica) no projecto. Seria feita uma proposta de pagamento segundo a tabela salarial aplicada aos fisioterapeutas no início de carreira na função pública. A instituição na qual nos propomos realizar o estudo, embora não tenha fisioterapeutas, está munida de um Serviço de Medicina Física e Reabilitação, por esse motivo não serão incluídas nas despesas recursos materiais como marquesas, roldanas e espelho.

Capítulo X: Bibliografia

AUDET, A. et al. – Measure, learn, and improve: physicians' involvement in quality improvement. **Health Affairs**. 24 (2005) 843-853.

BAILES, J.; MCNIFF, K. – Cancer quality measurement and improvement. In *Cancer Principles & Practice of Oncology*, DeVita et al., ed. Lit. - New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 2906 – 2913.

BARRANGER, E.; UZAN, S. – Subjective morbidity and quality of life after sentinel node biopsy and axillary lymph node dissection for breast cancer. **Journal of Surgical Oncology**. 92:17 (2005) 17-22.

BENDZ, I.; OLSEN, M. – Evaluation of immediate versus delayed shoulder exercises after breast cancer surgery including lymph node dissection – a randomized controlled trial. **The Breast**. 11 (2002) 241 – 248.

BERNARDO, M. – Cancro da mama: prevenção, diagnóstico e tratamento, 2010. Documento não publicado da autoria de Mário Bernardo e cedido em 22 de Março de 2010.

BEURSKENS, C. et al. – The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. **BMC Cancer**. 7:166 (2007) doi: 10.1186/1471-2407-7-166.

BOEHM, D. et al. – Quality of life and adjuvant tamoxifen treatment in breast cancer patients. **European Journal of Cancer Care**. 18:5 (2009) 500 – 506.

BRUGES, M. – Mastectomia e autoconceito. Loures: Lusociência, 2007.

BURSTEIN, H.; HARIS, J.; MORROW – Malignant tumors of the breast. In *Cancer Principles & Practice of Oncology*, DeVita et al., ed. Lit. - New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 1606 - 1645.

CARMO, H; FERREIRA, M. – Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

CHANTAL, C. – A qualidade de vida: arte para viver no século XXI. Loures: Lusociência, 2001.

COSTA, C. et al. – O cancro e a qualidade de vida: a quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro. Sintra: Novartis, 2005.

COURNEYA, K. et al. – Moderators of the effects of exercise training in breast cancer patients receiving chemotherapy. **Cancer**. 112:8 (2008) 1845 – 1853.

DANTAS, R.; SAWADA, N.; MALERBO, M. – Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**. 11:4 (2003).

EARLE, C.; SCHRAG, D. – Principles of Health services research. In Cancer Principles & Practice of Oncology, DeVita et al., ed. Lit. - New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 396 – 384.

EPSTEIN, J. et al. – Quality of life and oral function in patients treated with radiation therapy for head and neck cancer. **Head & Neck**. 23 (2001) 389-398.

EUROPEAN ORGANISATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER – Manual for clinical research in breast cancer. 5th ed. Brussels: EORTC Breast Cancer Group, 2004.

FAYERS, P. et al. - The EORTC QLQ-C30 scoring manual. 3^a ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001.

FERRANDEZ, J.; SERIN, D. - Rééducation et Cancer du sein. Paris: Masson, 2006.

FERREIRA, L.; PINTO, A. – Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. **Acta Medica Portuguesa**. 21 (2008) 111-124.

FIGUEIREDO, A.; ARAÚJO, P.; FIGUEIREDO, P. – Qualidade de vida do doente oncológico. **Revista de Enfermagem Oncológica**. 36:9 (2006) 15-20.

FORTIN, M. - O processo de investigação: da concepção à realização. 3^a.ed. Loures: Lusociência, 2003.

GAGEIRO, J.; PESTANA, M. – Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do spss. 4^a.ed. Edições Sílabo, 2005.

GANZ, P. – Impact of tamoxifen adjuvant therapy on symptoms, functioning, and quality of life. **Journal of the National Cancer Institute**. 30 (2001) 130-134.

GANZ, P.; DESMOND, K.; LEEDHAM, B. – Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. **Journal of the National Cancer Institute**. 9:3 (2002) 123-124.

GORDON, L. et al. – The impact of rehabilitation support services on health-related quality of life for women with breast cancer. **Breast Cancer Research and Treatment**. 93 (2005) 217-226.

GOSSELINK, R. et al. – Recovery of upper limb function after axillary dissection. **Journal of Surgical Oncology**. 83 (2003) 204 – 211.

GRAÇA, L. – Guião para o desenho de um projecto de investigação. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2004. Texto policopiado distribuído no âmbito da disciplina de Projectos de Investigação (Textos, T834).

HACK, T. et al. – Physical and psychological morbidity after axillary lymph node dissection for breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**.17:1 (1999) 143-149.

HWANG, J. et al. – Effects of supervised exercise therapy in patients receiving radiotherapy for breast cancer. **Yonsei Medical Journal**. 49:3 (2008) 443 – 450.

INGER, N. et al. – Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast – conserving therapy versus mastectomy. **Acta Oncológica**. 47 (2008) 835-842.

LAURIDSEN, M.; CHRISTIANSEN, P.; HESSOV, I. – The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. **Acta Oncológica**. 44 (2005) 449-457.

LEDUC, O. – European consensus: rehabilitation after breast cancer treatment. **The European Journal of Lymphology**. 19:55 (2008) 13 – 20.

LEE, T.; KILBREATH, S.; REFSHAUGE, K.– Prognosis of the upper limb following surgery and radiation for breast cancer. **Breast Cancer Research and Treatment**. 110 (2008) 19-37.

LEI nº67/1998. D.R. Iª Série – A. 247 (1998 – 10 – 26) 5536 – 5546 - Lei de Protecção de dados.

LEI nº12 / 2005. D.R. Iª Série – A. 18 (2005-01-26) 606 - 611 – Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde.

LOPES, A.; PEREIRA, J. – Metodologia de investigação em fisioterapia. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão. Departamento de fisioterapia, 2004.

MALIN, J. et al. – Results of the national initiative for cancer care quality: how can we improve the quality of cancer care in the united states? **Journal of Clinical Oncology**. 24: 4 (Fevereiro 2006) 626 – 634.

MÁXIMO, T. – A qualidade da prestação: uma comparação entre serviços. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 5 (2005) 119-144.

MCGLYNN, E.; et al. – The quality of health care delivered to adults in the united states. **The New England Journal of Medicine**. 348:26 (Junho 2003) 2635- 2645.

MCRAY, N. – Questões psicossociais e da qualidade de vida. Em Enfermagem em Oncologia. Loures: Lusociência, 2000.

MONTAZERI, A. – Healt related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. **Journal of Experimental & Clinical Cancer Research**. 27:32 (2008) 32. doi: 10.1186/1756-9966-27-32.

MORAIS, A. – Comparação de 2 escalas de medida de qualidade de vida (SF-36 e QRSG) em doentes com DPOC. **Revista Investigação em Enfermagem**.1 (2000) 24-31.

MOREIRA, E.; MANAIA, C. – Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do hospital universitário da universidade estadual de londrina. **Ciências Biológicas e da Saúde**. 26:1 (2005) 21 – 35.

NEUSS, M. et al. – A process for measuring the quality of cancer care: the quality oncology practice initiative. **Journal of Clinical Oncology**. 23:25 (Setembro 2005) 6233- 6239.

NOSSA, P.; PINA, M. – Acesso e utilização de dados no domínio da investigação em saúde. **Arquivos de Medicina**. 21:3/4 (2007) 103 – 109.

PIMENTEL, F. – Qualidade de vida e oncologia. Coimbra: Edições Almedina, 2006.

PINHEIRO, P. et al. – Cancer in...cancro em Portugal. Portugal: IARC Technical Publication, 2002.

PINTO, C.; RIBEIRO, J. – A qualidade de vida dos doentes sobreviventes de cancro. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 24:1 (2006) 37- 56.

PORTUGAL. ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE DADOS – O direito de acesso a dados de saúde: Deliberação nº 51/2001. Lisboa: CNPD, 2001.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS – Requisitos para a prestação de cuidados em oncologia. [Em linha] Lisboa: Coordenação Nacional Para As Doenças Oncológicas, 2009. [Consult. 22 de Março de 2010]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. IPOFG-EPE - REGISTO ONCOLÓGICO REGIONAL SUL – Incidência, sobrevivência e mortalidade do cancro na região sul de portugal. Lisboa: IPOFG – EPE, 2007.

REBELO, V. et al. – Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. **Psicologia, Saúde & Doenças**. 8:1 (2007) 13-32.

RIBEIRO, M. – Cancro da mama – um estudo sobre a qualidade de vida. **Nursing**, 174 (2003) 8- 12.

SCHNEIDER, J. et al. – Developing a system to assess the quality of cancer care: ascos's national initiative on cancer care quality. **Journal of Clinical Oncology**. 22:15 (Agosto 2004) 2985-2991.

SCOTT, N. et al. - The EORTC QLQ-C30 Reference values. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2007.

SILVEIRA et al – Qualidade de vida em doentes oncológicos da cabeça e pescoço tratados no instituto português de oncologia do Porto: comparação de instrumentos de medida. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 8 (2009) 59- 66.

SOUSA, M.R.; ALEXANDRINO, M., Coment. – Artº73 nº4. In SOUSA, M.R; ALEXANDRINO, M., Coment. – Constituição da República Portuguesa: comentada. Lisboa: Lex, 2000. 185.

STURGEON, M.; HALL, R.; DAKHIL, S. – Effects of therapeutic massage on the quality of life among patients with breast cancer during treatment. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**. 15:4 (2009) 373 – 380.

VARGO, M.; SMITH, R.; STUBLEFIELD, M. – Rehabilitation of the Cancer Patient. In Cancer Principles & Practice of Oncology, DeVita et al, ed. Lit. - New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 2857 – 2871.

VOOGDT, A. et al. – Lymphoedema and reduced shoulder function as indicators of quality of life after axillary lymph node dissection for invasive breast cancer. **British Journal of Surgery**. 90 (2003) 76 – 81.

WARMUTH, et al. – Complications of axillary lymph node dissection for carcinoma of the breast. **Cancer**. 83:7 (1998) 1362 – 1368.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Entrevistas Exploratórias

Entrevista Exploratória

Data: 11/12/2009

Código: A

Idade: 35 anos

- Quais as terapias a que foi / está a ser submetida?

Fui submetida a uma cirurgia conservadora em 26/5/2009 (IPO de Lisboa), tendo realizado posteriormente quimioterapia e radioterapia. Durante 5 anos vou tomar Tamoxifene (Hormonoterapia).

- Iniciou a fisioterapia quanto tempo após a cirurgia?

Tive o apoio 24 horas após a cirurgia (conselhos e exercícios), tendo iniciado a fisioterapia no Serviço de Medicina Física do IPO de Lisboa 3 semanas após a cirurgia.

- A fisioterapia foi importante para si? A que níveis (funcionalidade / lidar com a sua nova imagem corporal / emocionalmente / relações sociais / regresso à sua actividade profissional)?

Foi muito importante a todos os níveis. Deu-me a conhecer a importância de prevenir o edema e infecções na pele. Permitiu a recuperação dos movimentos. Ajudou-me a conseguir tocar no meu corpo. Ajudou-me a socializar, pois diariamente tinha contacto com pessoas na mesma condição. A recuperação da função foi determinante para retomar a minha actividade profissional. Posso afirmar que o apoio da fisioterapia foi determinante para o meu estado emocional.

- Teve o apoio por parte da fisioterapia durante quanto tempo?

Tive o apoio da fisioterapia até obter as amplitudes normais, depois suspendi os tratamentos até terminar a Quimioterapia, tendo reiniciado os tratamentos de fisioterapia quando iniciei a Radioterapia (Classe de ginástica).

- Sabia que na maioria dos hospitais portugueses que realizam cirurgias idênticas à sua, as mulheres não têm o apoio por parte da fisioterapia? Qual a sua opinião sobre esta realidade?

Sabia apenas ao nível das instituições particulares. Fiquei surpreendida com a falta de apoio ao nível das instituições estatais.

Entrevista Exploratória

Data: 14/12/2009

Código: B

Idade: 55 anos

- Quais as terapias a que foi / está a ser submetida?

Fui submetida a uma cirurgia conservadora no IPO de Lisboa. Tendo realizado posteriormente quimioterapia e tratamentos de radioterapia. Também estou a tomar Tamoxifene (Hormonoterapia).

- Iniciou a fisioterapia quanto tempo após a cirurgia?

Tive o apoio 24 horas após a cirurgia (conselhos e exercícios), tendo iniciado a fisioterapia no Serviço de Medicina Física do IPO de Lisboa 3 a 4 semanas após a cirurgia.

- A fisioterapia foi importante para si? A que níveis (funcionalidade / lidar com a sua nova imagem corporal / emocionalmente / relações sociais / regresso à sua actividade profissional)?

Foi muito importante. Permitiu-me recuperar a função, ajudou-me a aceitar o meu “ novo corpo”, pois antes da fisioterapia não conseguia tocar na zona da cicatriz, nem permitia o toque. O facto de ter recuperado a função e de me sentir melhor com o meu corpo, permitiu-me voltar a ter a minha vida social. Como estou reformada, não poderei dar a minha opinião a nível profissional.

- Teve o apoio por parte da fisioterapia durante quanto tempo?

Tive o apoio da fisioterapia até obter as amplitudes normais (aproximadamente 1 mês), depois suspendi os tratamentos até terminar a Quimioterapia, tendo reiniciado os tratamentos de fisioterapia quando iniciei a Radioterapia (Classe de ginástica).

- Sabia que na maioria dos hospitais portugueses que realizam cirurgias idênticas à sua, as mulheres não têm o apoio por parte da fisioterapia? Qual a sua opinião sobre esta realidade?

Sabia. Infelizmente o meu irmão foi operado a um cancro da mama no hospital de Faro, não tendo tido qualquer tipo de apoio após a cirurgia. Após 3 anos o meu irmão continua com uma grande limitação funcional, tendo repercussões a nível emocional e social (isolou-se).

Entrevista Exploratória

Data: 14/12/2009

Código: C

Idade: 42 anos

- Quais as terapias a que foi / está a ser submetida?

Realizei tratamentos de Quimioterapia, depois fui submetida a uma cirurgia conservadora, realizei novamente Quimioterapia e por fim Radioterapia.

- Iniciou a fisioterapia quanto tempo após a cirurgia?

Tive o apoio 24 horas após a cirurgia (conselhos e exercícios), tendo iniciado a fisioterapia no Serviço de Medicina Física do IPO de Lisboa 1 mês após a cirurgia.

- A fisioterapia foi importante para si? A que níveis (funcionalidade / lidar com a sua nova imagem corporal / emocionalmente / relações sociais / regresso à sua actividade profissional)?

Foi extremamente importante, pois permitiu-me recuperar a função, ajudou-me a conseguir tocar no meu próprio corpo (“eu não conseguia tocar no peito”). Esses dois factores foram determinantes para a minha parte emocional. Actualmente ainda não estou a trabalhar.

- Teve o apoio por parte da fisioterapia durante quanto tempo?

Tive o apoio da fisioterapia aproximadamente ao longo de um 1 mês (tratamentos individuais e classe), depois suspendi os tratamentos até terminar a Quimioterapia, tendo reiniciado os tratamentos de fisioterapia quando iniciei a Radioterapia (Classe de ginástica).

- Sabia que na maioria dos hospitais portugueses que realizam cirurgias idênticas à sua, as mulheres não têm o apoio por parte da fisioterapia? Qual a sua opinião sobre esta realidade?

Não! Penso que não se justifica ficar com uma limitação, podendo ficar bem com pouco tempo de apoio por parte da fisioterapia.

Entrevista Exploratória

Data: 18/12/2009

Código: D

Idade: 60 anos

- Quais as terapias a que foi / está a ser submetida?

Fui operada (mastectomia) e agora estou a tomar tamoxifen.

- Iniciou a fisioterapia quanto tempo após a cirurgia?

Tive o apoio 24 horas após a cirurgia (conselhos e exercícios). Depois tive muito tempo a retirar líquido da axila e tive uma infecção na zona da cirurgia. Por essa razão só iniciei a fisioterapia no Serviço de Medicina Física do IPO de Lisboa, 2 meses após a cirurgia.

- A fisioterapia foi importante para si? A que níveis (funcionalidade / lidar com a sua nova imagem corporal / emocionalmente / relações sociais / regresso à sua actividade profissional)?

Eu estava muito limitada! Quase que não era independente nas minhas actividades diárias. A zona da cirurgia estava muito feia e eu tinha muita dificuldade em lidar com o meu corpo. A fisioterapia permitiu recuperar a função do membro superior a 100%. Após a fisioterapia deixei de ter problemas em olhar e tocar no meu corpo. Aos poucos deixei de me isolar. Penso que a fisioterapia teve um papel muito importante na minha recuperação.

- Teve o apoio por parte da fisioterapia durante quanto tempo?

Tive o apoio da fisioterapia aproximadamente ao longo de um 1 mês e meio (tratamentos individuais e classe). Por conselho do fisioterapeuta continuo a fazer uma classe de ginástica (folheto com exercícios fornecidos no Serviço de Medicina Física do IPO de Lisboa).

- Sabia que na maioria dos hospitais portugueses que realizam cirurgias idênticas à sua, as mulheres não têm o apoio por parte da fisioterapia? Qual a sua opinião sobre esta realidade?

Não! Acho que não é admissível que alguém fique com uma limitação, quando existe a possibilidade de prevenir essa situação através da fisioterapia.

APÊNDICE II

Questionário para Recolha de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Nas perguntas que se seguem marque com um X a opção desejada.

1. Qual o tipo de cirurgia a que foi submetida?

Mastectomia ☐

Cirurgia conservadora ☐

2. Quais as terapias a que foi submetida?

Radioterapia ☐

Quimioterapia ☐

Hormonoterapia ☐

Nenhuma ☐

3. Quais as terapias a que vai ser submetida?

Radioterapia ☐

Quimioterapia ☐

Hormonoterapia ☐

Nenhuma ☐

4. Quantos anos de escolaridade completou com aproveitamento?

☐ 0 anos

☐ 7-9 anos

☐ 1-4 anos

☐ 10-12 anos

☐ 5-6 anos

☐ superior 12 anos

5. Qual é a sua profissão?

☐ Dirigente

☐ Empregado técnico

☐ Quadro superior

☐ Operário

☐ Quadro intermédio

☐ Empregado administrativo

☐ Auxiliar

☐ Aprendiz

☐ Outro

6. Qual é o seu estado civil?

Solteiro ☐

Casado ☐

Divorciado ☐

Viúvo ☐

União de facto ☐

7. Indique a sua data de nascimento (nota: se não sabe, registar idade)

Dia	Mês	Ano

Idade

Muito obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE III

Pedido de Autorização Para a Realização do Estudo no Centro Regional de Coimbra do
IPOFG

Nuno Miguel de Faria Bento Duarte

Aluno do IV Curso de Mestrado em

Gestão da Saúde da Escola Nacional

De Saúde Pública / Universidade Nova de Lisboa

Ao Presidente do Conselho de Administração do
Centro Regional de Coimbra do Instituto Português de
Oncologia Francisco Gentil

Assunto: Realização de estudo de investigação

Venho por este meio solicitar a V Ex^a autorização para a realização de um estudo de investigação na V. Instituição, nos moldes referidos no Termo Explicativo do Estudo e no Resumo e Introdução do Estudo de Investigação (cópia em anexo).

O estudo tem como título **“Fisioterapia: Influência na Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama - Contributo Para a Qualidade do Serviço em Oncologia”**.

O objectivo do estudo é avaliar se a fisioterapia tem influência na Qualidade de Vida da mulher com cancro da mama submetida a cirurgia e outras terapias oncológicas.

O responsável do projecto por parte da Escola Nacional de Saúde Pública é a Sra. Professora Doutora Paula Lobato Faria, que se apresenta disponível para qualquer esclarecimento.

Agradecendo a V. Atenção, apresento os melhores cumprimentos.

Nuno Duarte

APÊNDICE IV

Termo Explicativo do Estudo / Termo do Consentimento Informado

TERMO EXPLICATIVO DO ESTUDO

Fisioterapia: Influência na Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama

Contributo Para a Qualidade do Serviço em Oncologia

Investigador: Nuno Duarte (Fisioterapeuta / Serviço de Medicina Física e Reabilitação do IPOFG de Lisboa)

O Cancro da mama e as terapias utilizadas no seu tratamento, podem alterar todos os domínios da qualidade de vida: estado físico, estado emocional, qualidade das relações sociais.

O objectivo deste estudo é saber se a fisioterapia contribui para a melhoria da Qualidade de Vida das mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia e outras terapias oncológicas.

Este será um estudo quase experimental, com uma amostra constituída por dois grupos com 60 indivíduos cada, seleccionados por conveniência de entre uma população constituída pelos doentes do Centro Regional de Coimbra do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, que tenham sido submetidos a uma cirurgia a cancro da mama e outras terapias oncológicas.

Todos os sujeitos que integram o estudo terão que responder a um questionário sobre Qualidade de Vida. Esta avaliação será realizada em 4 momentos: 3 a 4 semanas após a cirurgia, 3 meses após a cirurgia, 6 meses após a cirurgia e 9 meses após a cirurgia.

Os sujeitos serão distribuídos aleatoriamente por dois grupos. Ambos os grupos receberão informação sobre a prevenção de desenvolvimento de linfedema e infecções subcutâneas, 24 horas após a cirurgia. Um dos grupos receberá o apoio de um fisioterapeuta, a partir das 24 horas após a cirurgia e até obter uma função normal ou até ter terminado um eventual tratamento por radioterapia. O outro grupo não será submetido a tratamentos de fisioterapia.

O presente estudo não acarreta riscos nem traz desvantagens aos doentes, independentemente do grupo em que fiquem inseridos.

Todo o material recolhido no estudo será codificado e tratado de forma confidencial, sendo conservado à responsabilidade dos investigadores, estando os resultados à disposição, a pedido dos interessados.

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. Caso o doente não consinta a sua participação no estudo ou o abandone, a qualidade dos cuidados prestados pelo Centro Regional de Coimbra do IPOFG, não será em nada afectada.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Reconheço que os procedimentos da investigação descritos na carta anexa me foram explicados e todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta riscos, não tendo também vantagens potenciais.

Compreendo que tenho direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo, tendo-me sido garantido que os dados que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, incluindo a minha identidade, sem a minha permissão.

Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo, sabendo também que, caso participe no estudo ou o abandone, a qualidade dos cuidados prestados pelo Centro Regional de Coimbra do IPOFG não será em nada afectada.

Pelo presente documento, eu consinto a minha participação plena no estudo.

Nome:

Assinatura:

Assinatura dos investigadores:

Data:

ANEXOS

ANEXO I

Questionário EORTC QLQ – 30 e o Seu Questionário Complementar (específico para cancro da mama) EORTC QLQ – 23



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima



EORTC QLQ - BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
31. Sentiu seca na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

ANEXO II

Autorização Para a Utilização do Questionário (EORTC QLQ – 30 e o seu questionário complementar EORTC QLQ – 23), Concedida pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC).

nmfbduarte

De: qlqc30@eortc.be [qlqc30@eortc.be]**Enviada:** qui 10-12-2009 22:07**Para:** nmfbduarte**Cc:****Assunto:** QLQ-C30 download request from Nuno Duarte**Anexos:**

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Pt

Firstname: Nuno

Lastname: Duarte

Hospital/Institution: Instituto Português de Oncologia

Address: Rua Professor Lima Basto

County/State: Lisboa / Portugal

Postal Code: 1700

Country: Portugal

Phone: 00351 919706263

Fax:

Email: nmfbduarte@netcabo.pt

Protocol: Case study

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese

Breast Module (BR23) in Portuguese

QLQ-C30 Scoring Manual

Full reference values

URLs:

<http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/C30/QLQ-C30%20Portuguese.pdf><http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/BR23/BR23%20Portuguese.pdf><http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/SCManualQLQ-C30.pdf>http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/RV/RV_complete.pdf

If you are having technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be

